



Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Departamento de Estudios de Postgrado
Maestría en Prevención y Atención
Integral de Conductas Adictivas

**Factores de riesgo, predisponentes, para el consumo de alcohol,
mariguana y cocaína en adultos guatemaltecos**

Jorge Ernesto Rodas López

Guatemala de la Asunción, octubre de 2,019

MIEMBROS DEL CONSEJO DIRECTIVO

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina
Director

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal
Secretaria

M.A Karla Amparo Carrera Vela
Licenciada Claudia Juditt Flores Quintana
Representantes de los Profesores

Astrid Teilheimer Madariaga
Lesly Danineth García Morales
Representantes Estudiantiles

Licenciada Lidey Magaly Portillo Portillo
Representante de Egresados

CONSEJO ACADÉMICO

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSGRADOS

M.A Ronald Amilcar Solís Zea
Director

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina
Director

Dr. PhD. Alex Melgar
MSc. Juan Antonio Álvarez
Titulares

CODIPs 1635-2019

Autorización para impresión proyecto de investigación.
Maestría en Prevención de Atención Integral en Conductas Adictivas con Categoría en Artes

10 de octubre de 2019

Licenciado

Jorge Ernesto Rodas López

Escuela de Ciencias Psicológicas

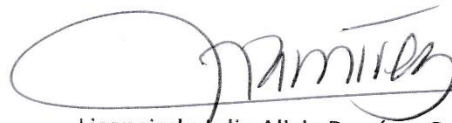
Licenciado Rodas López:

Transcribo a usted el punto **TRIGÉSIMO OCTAVO (38)** del Acta **SESENTA Y SEIS GUION DOS MIL DIECINUEVE (66-2019)**, de la sesión celebrada por el Consejo el 08 de octubre de 2019, que literalmente dice:

"TRIGÉSIMO OCTAVO: El Consejo Directivo, Considerando: Que se conoció oficio D.E.Ps 134-2019, de fecha 27 de septiembre, en el que transcribe el Punto CUARTO del ACTA No CADEP-Ps,07-2019 de fecha treinta de agosto de dos mil diecinueve, que se conoció los trabajos del Seminario II de los estudiantes la Maestría en Prevención y Atención Integral de Conductas Adictivas, primera cohorte. Que en su parte conducente dice: Considerando, Reglamento de del Sistema de Estudios de Postgrado, Capítulo III, Evaluación del Rendimiento Académico, Artículo 61. Atribuciones del Consejo Académico, literal b, Resolver los asuntos presentados por el Director de Estudios de Postgrado; sobre la Dirección del Departamento, Artículo 66. Atribuciones de la Dirección, literal f, Organizar y supervisar el funcionamiento del control académico basado en lo dispuesto por la Coordinadora General del Sistema de Estudios de Postgrado, n. Extender certificación de cursos, constancia de derechos de graduación y certificación de actas de graduación; sobre la evaluación del rendimiento académico de los estudiantes, Artículo 86. Graduación. Cumplidos los requisitos estipulados en este Reglamento y en el Normativo específico de la Unidad Académica, se le otorgará al profesional el grado que corresponda en acto público. Considerando, el Normativo del Departamento de Estudios de Postgrado de la Escuela de Ciencias Psicológicas, en el artículo 9, Funciones del Consejo Académico, literal g, Conocer sobre asuntos estudiantiles de los programas de estudios de postgrado, tales como proyectos de investigación, solicitudes específicas y otros asuntos no previstos: "Autorizar la impresión del trabajo final al **Licenciado Jorge Ernesto Rodas López**, carne No. **9211085** con el tema "Factores de riesgo, predisponentes, para el consumo de alcohol, marihuana y cocaína en adultos guatemaltecos.", **Acuerda: Autorizar la impresión del proyecto de investigación de la Maestría en Prevención y Atención Integral de Conductas Adictivas con categoría en Artes**".

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal
SECRETARIA



Centro Universitario Metropolitano -CUM- Edificio "A"
9ª. Avenida 9-45, zona 11. Tel. 24187530

/Verna



Universidad De San Carlos De Guatemala
Escuela De Ciencias Psicológicas
Departamento de Estudios De Postgrado
Centro Universitario Metropolitano -CUM-
9ª. Avenida 9-45 zona 11 Edificio "A" Oficina 407
Tel. 2418-7561 postgrado@psicousac.edu.gt

D.E.P.Ps. 145-2019

Guatemala, 10 de octubre de 2019

**Autorización para impresión proyecto de investigación.
Maestría en Prevención de Atención Integral en
Conductas Adictivas con Categoría en Artes**

Licenciado

Jorge Ernesto Rodas López

Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciado Rodas López:

Después de saludarle cordialmente, transcribo a usted el Punto CUARTO del ACTA No. CADEP-Ps-07-2019 de fecha treinta de agosto del dos mil diecinueve: se conoció los trabajos del Seminario II de los estudiantes la Maestría en Prevención y Atención Integral de Conductas Adictivas, primera cohorte. Que en su parte conducente dice: Considerando, Reglamento de del Sistema de Estudios de Postgrado, Capítulo III, Evaluación del Rendimiento Académico, Artículo 61. Atribuciones del Consejo Académico, literal b, Resolver los asuntos presentados por el Director de Estudios de Postgrado; sobre la Dirección del Departamento, Artículo 66. Atribuciones de la Dirección, literal f, Organizar y supervisar el funcionamiento del control académico basado en lo dispuesto por la Coordinadora General del Sistema de Estudios de Postgrado, n. Extender certificación de cursos, constancia de derechos de graduación y certificación de actas de graduación; sobre la evaluación del rendimiento académico de los estudiantes, Artículo 86. Graduación. Cumplidos los requisitos estipulados en este Reglamento y en el Normativo específico de la Unidad Académica, se le otorgará al profesional el grado que corresponda en acto público. Considerando, el Normativo del Departamento de Estudios de Postgrado de la Escuela de Ciencias Psicológicas, en el artículo 9, Funciones del Consejo Académico, literal g, Conocer sobre asuntos estudiantiles de los programas de estudios de postgrado, tales como proyectos de investigación, solicitudes específicas y otros asuntos no previstos: ACUERDA: 3) Autorizar, la impresión del trabajo final de graduación con el título **"Factores de riesgo, predisponentes, para el consumo de alcohol, marihuana y cocaína en adultos guatemaltecos."**, 4) programar la graduación como fecha de 25 de octubre para los maestrandos que cumplan con los requisitos académicos y administrativos.-----

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Maestro Ronald Amilcar Solís
Director Departamento de Postgrados
Escuela de Ciencias Psicológicas





Universidad De San Carlos De Guatemala
Escuela De Ciencias Psicológicas
Departamento de Estudios De Postgrado
Centro Universitario Metropolitano -CUM-
9ª. Avenida 9-45 zona 11 Edificio "A" Oficina 407
Tel. 2418-7561 postgrado@psicousac.edu.gt

Guatemala, 26 de julio de 2019

Maestro
Ronald Solís Zea
Director
Departamento de Estudios de Postgrado
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano -CUM-
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Estimado Maestro Solís:

Reciba un saludo cordial. Por este medio hago de su conocimiento que emito **DICTAMEN TÉCNICO FAVORABLE** al trabajo de graduación del (de la) estudiante **Jorge Ernesto Rodas López**, previo a optar al grado de **Maestro(a) en prevención y atención integral de conductas adictivas**, el cual acompañé durante su realización. Dicho trabajo de graduación lleva por título **"Factores de riesgo, predisponentes, para el consumo de alcohol, marihuana y cocaína en adultos guatemaltecos"**.

Atentamente,

(f.)

M. Sc. Francisco José Ureta Morales
Colegiado No. 3327

Autor Proyecto de Investigación:

Jorge Ernesto Rodas López
Licenciado en Psicología
Colegiado No. 7980

Coautor:

Mtro. Francisco José Ureta Morales

Maestría en Educación Especializada en Curriculum
Maestría en Medición, evaluación e investigación educativa
Colegiado No. 3327

Índice

Contenido	Página
Introducción	1
Capítulo 1, Generalidades	3
1.1 Línea de investigación, Área	3
1.2 Planteamiento del problema	4
Preguntas generales y específicas	7
1.3 Justificación.	9
1.4 Alcances	11
1.5 Objetivos de investigación.	15
Objetivos Generales y Específicos	15
1.6 Definición de variables, conceptual y operacional.	16
Capítulo 2, Fundamentación teórica.	21
2.1 Antecedentes	51
Capítulo 3, Marco Metodológico	68
3.1 Diseño de la investigación	68
3.2 Sujetos	68
3.3 Instrumento	69
3.4 Procedimiento de investigación	71
3.5 Diseño y metodología de análisis de la información recabada	75
Capítulo 4, Resultados del trabajo de campo.	75
4.1 Variables destacadas	77
4.1.1 Funcionamiento familiar	77
4.1.2 Depresión	79
4.1.3 Autocontrol	80
Capítulo 5, conclusiones y recomendaciones	88
5.1 Conclusiones	88
5.2 Recomendaciones	90
Anexos	94
Propuesta: “Riesgo, recaída y consumo de alcohol, en adultos guatemaltecos”	94

6.1 Análisis de participantes	94
Resistencias	97
Síntesis de resultados de la investigación	97
6.2 Análisis de problemas	98
6.3 Análisis contextual y diagnóstico	101
6.4 Análisis de objetivos/opciones	103
Objetivo general de la propuesta	105
Objetivos específicos de la propuesta	105
6.5 Análisis de opciones	106
6.6 Marco conceptual	112
6.7 Matriz del proyecto	119
6.8 Presupuesto	136
6.9 Cronograma	140
6.10 Evaluación del proyecto	142
Referencias	144
Links	148

Tablas y gráficos	Página
Tabla 1. Líneas de investigación	3
Gráfico 1. Diagnóstico situacional	14
Tabla 2. Variables Conceptuales y Operacional	17
Tabla 3. Terminología básica	21
Tabla 4. Terminología UNODC	24
Tabla 5. Modelos teóricos Interpretativos, según Pons	36
Tabla 6. Modelo Psicológico Individualista	37
Tabla 7. Factores de riesgo	39
Tabla 8. Fases para la construcción de un instrumento	43
Tabla 9. Proceso para construir un instrumento de medición	44
Tabla 10. Ventajas de los cuestionarios on-line	45

Tabla 11. Resultados del análisis: usuarios, encuestas y posibilidades de diseño.	47
Tabla 12. Marco regulatorio	49
Tabla 13. Estructura del CODEU-2	66
Gráfico 2. Árbol de categorías	69
Tabla 14. Fases. Actividades, y temporalidad de la investigación	71
Tabla 15. Cuadro de resumen. (insumos numéricos que la investigación aporta)	75
Tabla 16. Preguntas relacionadas con el autocontrol	80
Tabla 17. Resultados acerca del consumo de alcohol en la muestra	81
Gráfico 3. Categorías en el consumo de alcohol. Test AUDIT	83
Tabla 18. Análisis de correlación 1	84
Tabla 19. Análisis de correlación 2	85
Tabla 20. Análisis de correlación 3	86
Tabla 21. Análisis de correlación 4	87
Tabla 22. Análisis de participantes	95
Gráfica 4. Árbol de problemas	100
Gráfica 5. Análisis de objetivos	104
Tabla 23. Viabilidad de opciones/alternativas	107

Introducción

El presente informe de investigación resume los datos recabados en el estudio de los factores de riesgo predisponentes para el consumo de alcohol, mariguana y cocaína en adultos guatemaltecos.

Uno de los objetivos principales del mismo era determinar la influencia y establecer correlación entre las variables denominadas “factores de riesgo” para el consumo, en un segmento específico de la población guatemalteca.

Otra parte importante de la investigación se concentró en generar un sistema de insumos de análisis, que sirva para fundamentar acciones relacionadas al abordaje, conocimiento, prevención y terapéutica de las conductas adictivas.

El presente estudio es de tipo transversal cuantitativo, correlacional, el cual demandaba la adaptación de un instrumento, elaborado en un contexto sociocultural afín al guatemalteco; utilizando un formato de cuestionario electrónico, basado en la plataforma online Google Docs.

El instrumento adaptado fue el “CODEU-2. Consumo de Drogas en Estudiantes Universitarios”. *Elaborado por Arellanez, J. L., Beverido P., DeSan Jorge-Cárdenas, X., Ortiz-León, C. y Salas-García, B. (2016).* Aplicado en los diagnósticos PERCIBETE 1 y 2, por especialistas de la Universidad Veracruzana de México, quienes brindaron su autorización para adaptarlo y utilizarlo en el contexto guatemalteco.

El estudio fue aplicado en una muestra intencional y selectiva que implicó convocatoria directa y referencia entre los participantes, en un período de tiempo no mayor de los seis meses.

Fue realizado con mayores de edad, mujeres y hombres, integrantes de grupos de autoayuda y/o centros de tratamiento; quienes se asumieron como personas que presentaron en algún momento de su vida trastornos por uso de sustancias (TUS) y ya se encontraban en la fase de abstinencia y afrontamiento de dichos problemas.

Entre los resultados principales del estudio se determinó que la sustancia de mayor impacto en el ámbito local lo sigue siendo, por mucho, el alcohol.

La totalidad de la muestra afirmó haber tenido consumo de alcohol, con una marcada tendencia al consumo compulsivo, tanto en frecuencia, en cantidad promedio consumida y en la aparente imposibilidad de detener el consumo, una vez se iniciaba el mismo. Además, experimentaban complicaciones como situaciones familiares y laborales inconclusas y profundo sentimiento de culpabilidad por la dinámica de su consumo.

También se evidenció que existe correlación positiva entre la disfuncionalidad familiar, el nivel de autoestima, la depresión y la zona de diagnóstico de problemas de consumo de alcohol, en los datos resultantes de la aplicación del instrumento CODEU-2, y las sub-escalas relacionadas a las variables mencionadas.

Dichas variables se convierten en factores de riesgo o predisponentes para la aparición de consumo, en la medida en que su presencia se asocia a los problemas por uso de alcohol en los individuos que formaron la muestra.

1. Capítulo 1, Generalidades.

1.1 Línea de investigación, Área:

El campo específico de la salud mental incluido en la presente investigación está directamente vinculado con los procesos de configuración psico-social y cultural de la adicción, su estudio académico y su abordaje terapéutico.

Los mismos están enmarcados dentro del programa general de investigación universitaria y responden ante la dinámica de la problemática, tanto en el ámbito nacional como regional.

A continuación, se describen las líneas de investigación específicas abordadas:

Tabla 1. Líneas de investigación

Áreas	Línea de investigación	Justificación
Salud mental dentro del contexto de la realidad guatemalteca	<i>Psicología de la salud:</i> <ul style="list-style-type: none">• <i>Adicciones, causas y efectos, prevención y tratamiento</i>• <i>Componentes sociales, económicos, culturales y</i>	En Guatemala la salud mental se ha visto afectada como consecuencia del conflicto armado interno, además de la violencia común, organizada y la estructural que figuran como un círculo de injusticia

Áreas	Línea de investigación	Justificación
	<i>psicológicos de las adicciones.</i>	social y falta de voluntad política para su solución. Todo esto evidencia la necesidad del trabajo asistencial en material de la salud mental

Fuente: Líneas de investigación aprobadas por Junta Directiva de la FAHUSAC en el Punto 16º del Acta 17-2011; Líneas del Instituto de Investigaciones Humanísticas 2012; Prioridades en Investigación del Programa Universitario en Educación DIGI (Aprobadas en actas CONCIUSAC 10-2009 y 01-2010). Líneas prioritarias de investigación establecidas en el Plan USAC 2022; Programas y Líneas de Investigación del Centro de Investigaciones en Psicología – CIEPS- “Mayra Gutiérrez” (2016).

1.2 Planteamiento del problema.

Debido al área temática de la maestría en prevención y atención integral en conductas adictivas es imperante realizar el abordaje desde un enfoque multidisciplinario.

Dicho recorrido inicia en la teoría y categorías generales relacionadas con las drogas legales e ilegales, la salud física, la psicoterapia y los procesos que colaboran a la obtención de salud mental, donde las Ciencias Médica y Psicológica realizan acercamientos con la ciencia del Derecho -legislación nacional e internacional-, con la estadística -ya que los psicométricos van de la mano con el adecuado tratamiento de datos y/o cifras-, y con esfuerzos estrategias de seguridad ciudadana, a nivel local o regional.

Para esto es necesario tomar conciencia de las implicaciones del consumo, en las sociedades occidentales, recurriendo a los hallazgos de Kendler, citados en Becoña (2010) los cuales sostienen que: *“...El consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) como de algunas ilegales (ej., cannabis, cocaína, drogas de síntesis, etc.) se ha extendido en nuestra sociedad en las últimas décadas.*

Ningún país desarrollado ha quedado atrás en el surgimiento de estos problemas, tal como lo reflejan distintos estudios, encuestas y la propia realidad clínica de las personas que acuden en busca de ayuda cuando el problema les ha desbordado o les está produciendo graves consecuencias en su salud física, en su salud mental, en su trabajo, en la vida familiar, en su economía, etc.” (Becoña Iglesias & Cortés Tomás, Manual de Adicciones para Psicólogos especialistas en Psicología Clínica, en formación, 2010, pág. 19)

Retomando el recorrido descendiente en la pirámide de las categorías, fue necesario trasladarse hacia categorías más específicas como el estudio de las conductas adictivas y las estrategias de prevención.

Con la salvedad de que el abordaje teórico se fundamentó, mayoritariamente, en aportes de realidades occidentales que tienen un nivel de desarrollo y de generación de publicaciones más amplio que el de Guatemala, como Argentina o España.

Además, en el caso específico de la presente investigación, uno de los retos lo representó la identificación de factores de riesgo o desencadenantes, debido a su rol como mecanismos que facilitan o reducen la probabilidad de desarrollar una conducta adictiva.

Es necesario considerar los aportes de Clayton, (como se citó en Becoña, 2002) al respecto: *“...Se entiende por factor de riesgo «un atributo y/o característica*

individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)».

Por factor de protección «un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas».

Los supuestos básicos que caracterizan la investigación sobre los factores de riesgo en relación con el abuso de drogas son los siguientes:

1) Un simple factor de riesgo puede tener múltiples resultados, 2) varios factores de riesgo o de protección pueden tener un impacto en un simple resultado, 3) el abuso de drogas puede tener efectos importantes en los factores de riesgo y de protección, y 4) la relación entre los factores de riesgo y de protección entre sí y las transiciones hacia el abuso de drogas pueden estar influidas de manera significativa por las normas relacionadas con la edad.” (Becoña Iglesias, Bases científicas de la prevención de las drogodependencias, 2002)

Los aportes investigados correspondieron a realidades y contextos psico-bio-sociales afines a la realidad nacional, donde se encontraron datos generados por grupos de investigadores y académicos de Colombia, Costa Rica, México, además de los hallazgos de investigaciones guatemaltecas.

Y, por último, se abordaron los factores de riesgo específicos o desencadenantes de la conducta adictiva. Esto permitió la diferenciación de la fenomenología de los trastornos por consumo de sustancias, de acuerdo a la sustancia abordada, el abordaje epidemiológico y la forma de construir insumos numéricos que justifiquen y orienten los esfuerzos preventivos y terapéuticos.

A su vez, dichos hallazgos orientaron la exploración, unido al diseño de un instrumento de aplicación en línea, en el contexto de grupos de autoayuda y organizaciones que proporcionen acompañamiento terapéutico, de cómo se han conformado en Guatemala los procesos de toma de decisión de consumo y así poder cuantificarlos y proporcionar cifras que lleguen a convertirse en posibles insumos de investigación futura.

La investigación fue aplicada en una muestra intencional y selectiva la cual implicó convocatoria directa y referencia entre los participantes, en un período de tiempo no mayor de los seis meses. Se seleccionó un sector de la población guatemalteca, integrado por mayores de edad, adultos, hombres y mujeres, quienes se asumen como personas que han experimentado problemas de consumo de alcohol, marihuana y cocaína, y se encuentran en fase de abstinencia y afrontamiento de dichos problemas, y que formaban parte de un grupo de autoayuda o de la población atendida en un centro de tratamiento profesional.

En relación a las preguntas de investigación caben lo siguientes cuestionamientos:

Pregunta general 1:

¿Existe una relación entre los factores de riesgo, predisponentes para el consumo de alcohol, marihuana y cocaína en un sector de la población guatemalteca?

Pregunta específica 1.1:

- ¿Existe correlación positiva entre la presencia de factores de riesgo y el consumo de las tres sustancias mencionadas, en un sector específico de la población guatemalteca?

Pregunta específica 1.2:

- ¿Adaptar un instrumento relacionado a la cuantificación de los factores de riesgo permitirá cuantificar el rol predisponente o desencadenante que opera sobre el consumo de las tres sustancias mencionadas, en un sector específico de la población guatemalteca?

Pregunta general 2:

¿La generación de un sistema de insumos de análisis, gracias a los resultados de la investigación, permitirá fundamentar acciones relacionadas al abordaje, conocimiento, prevención y psicoterapia de las conductas adictivas?

Pregunta específica 2.1:

- ¿Puede la presente investigación generar un perfil de las características psicológicas del sector de población seleccionado, que ha mostrado problemas de consumo de alcohol, marihuana y cocaína?

Pregunta específica 2.2:

- ¿Será posible realizar una propuesta de intervención psicológica, de corte psico-educativa, terapéutica y/o preventiva, basada en los resultados obtenidos en la presente investigación?

1.3 Justificación.

La investigación en Guatemala, al respecto de la fenomenología de las adicciones, es un área académica que se asemeja a la morfología de un iceberg, o a la parte conocida por el mundo de la Pirámide de la Danta, en El Mirador, Petén.

Sobresale una cima superior, observable a simple vista, integrada por esfuerzos académicos que inician en la Medicina, continúan con la Psicología (tanto en su vertiente clínica como terapéutica) y luego recibe (debido al énfasis en el modelo de abordaje Legal o Punitivo) aportes del Derecho, incluso de áreas tan dispares como la Arquitectura o la Psicología del Deporte.

Estos esfuerzos han sido realizados por medio de investigaciones universitarias, investigaciones periodísticas, y el trabajo específico de instituciones de salud y de las instituciones gubernamentales locales, relacionadas con el tema del consumo y la salud.

Mucha de la mencionada investigación ha tratado de recabar datos, utilizando metodologías o enfoques occidentales, en su mayoría, que responden a realidades psico-socio-culturales parcialmente afines a la realidad guatemalteca.

La problemática de la oferta y la demanda de las drogas ilegales es un problema que afecta al mundo entero, como lo podemos confirmar en los aportes del Informe Mundial Sobre Drogas donde se afirma lo siguiente: *“...se calcula que unos 250 millones de personas, es decir, alrededor del 5% de la población adulta mundial, consumieron drogas por lo menos una vez en 2015.*

“...Unos 29,5 millones de esos consumidores, es decir, el 0,6% de la población adulta mundial, padecen trastornos provocados por el uso de drogas.

Eso significa que su afición a las drogas es perjudicial hasta el punto de que pueden sufrir drogodependencia y necesitar tratamiento.

Las consideraciones a tomar en cuanto al escenario americano, y en nuestro caso, latinoamericano, han forzado a otras naciones, como Argentina, Colombia, Chile, Costa Rica o México a iniciar esfuerzos, desde hace más de 20 años, al respecto.”
(UNODC), 2017)

Esto aunado al trabajo multidisciplinario y a la fortaleza estadística de cada uno de los países mencionados ha generado un sistema de insumos de análisis, que sirven para fundamentar acciones relacionadas al amplio espectro de acción que se debe considerar en el abordaje, el conocimiento, la prevención y la terapéutica de las adicciones, así como entender el sistema de influencia que representan los factores de riesgo, predisposición y desencadenantes del consumo, en la población, en general.

En este caso, es importante considerar la postura de un grupo de investigadores colombianos, (Salazar Torres, Varela Arévalo, Tovar Cuevas, & Cáceres Rodríguez, 2006, pág. 22) quienes subrayan *“... que al tener en cuenta estudios que muestran la presencia de múltiples variables que podrían estar asociadas de forma causal con el consumo de drogas, aparece la necesidad de construir instrumentos válidos y fiables para identificar las características del consumo y, específicamente, los factores psicosociales de riesgo y protección asociados a dicho comportamiento. “*

Por lo tanto era necesario reconocer la necesidad de generar insumos numéricos, aunados a investigación psico-bio.social de alto nivel académico, para sentar las

bases necesarias al diseñar proyectos, manuales, programas, estrategias y políticas públicas, y así esbozar un intento de teoría local con números reales, basada en instrumentos de recolección de datos y estrategias comunicacionales que se enfoquen en la realidad local.

Entonces, la presente investigación busca fundamentar teóricamente, en un contexto de actualidad investigativa, la nueva construcción de un micro sistema de indicadores para aportar un marco de referencia –a corto, mediano y largo plazo– en el abordaje de la problemática nacional, además de tener algún tipo de incidencia, como auxiliar metodológico de investigación, en la prevención y en la terapéutica de las conductas adictivas en el contexto nacional.

1.4 Alcances

Por las características ya enunciadas del área del problema a investigar, se considera -en una primera instancia- que los alcances de la investigación resultante generaron un Estudio transversal cuantitativo, correlacional, que implicó la adaptación de un instrumento, elaborado en un contexto sociocultural afín al guatemalteco; utilizando un formato de cuestionario electrónico, basado en la plataforma online Google Docs.

La investigación fue aplicada en una muestra intencional y selectiva que implicó convocatoria directa y referencia entre los participantes, en un período de tiempo no mayor de los 6 meses.

En cuanto a la consideración de los antecedentes previos -en Guatemala- el abordaje de la problemática del consumo de alcohol y drogas ilícitas, se remonta (en el ámbito estatal) al año de 1992, con la elaboración del Informe Final de la "Primera Encuesta Nacional de Prevalencia de Drogas" en 1992, y las primeras acciones de tipo preventivo, en 1994, realizadas por el Consejo Nacional de Prevención del Alcoholismo y la Drogadicción (CONAPAD) y su "Plan maestro para prevención y abuso de sustancias adictivas".

Dichos esfuerzos fueron continuados por Comisión contra las adicciones y el tráfico ilícito de drogas (CCATID) y la Secretaría ejecutiva de la Comisión contra las adicciones y el tráfico ilícito de drogas (SECCATID) y la implementación del "Plan Nacional Antidrogas 1999-2003", y la "Estrategia Nacional Contra las Drogas 2004-2008". (Vicepresidencia de la República. SECCATID., 2018).

Entre otros aportes se puede mencionar un estudio epidemiológico denominado "Encuesta Nacional de Salud Mental", realizada en 2,009, (Cóbar, 2009) donde se utilizó la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (Composite International Diagnostic Interview CIDI) versión 2.1.

En dicho trabajo se encuentran varias secciones específicas sobre sustancias psicoactivas que a continuación se describen: Sección B: Trastornos debidos al consumo de tabaco; Sección J: debidos al consumo de alcohol; Sección J: debidos al consumo de alcohol; y Sección L: debidos al consumo de sustancias psicótropas; efectuada en una muestra de 2,127,910 viviendas, aplicada a hombres y mujeres, en un rango de edades entre los 18 y 65 años, arrojaron ciertas cifras sobre la prevalencia en el consumo y la cantidad de trastornos de salud mental, relacionados al consumo.

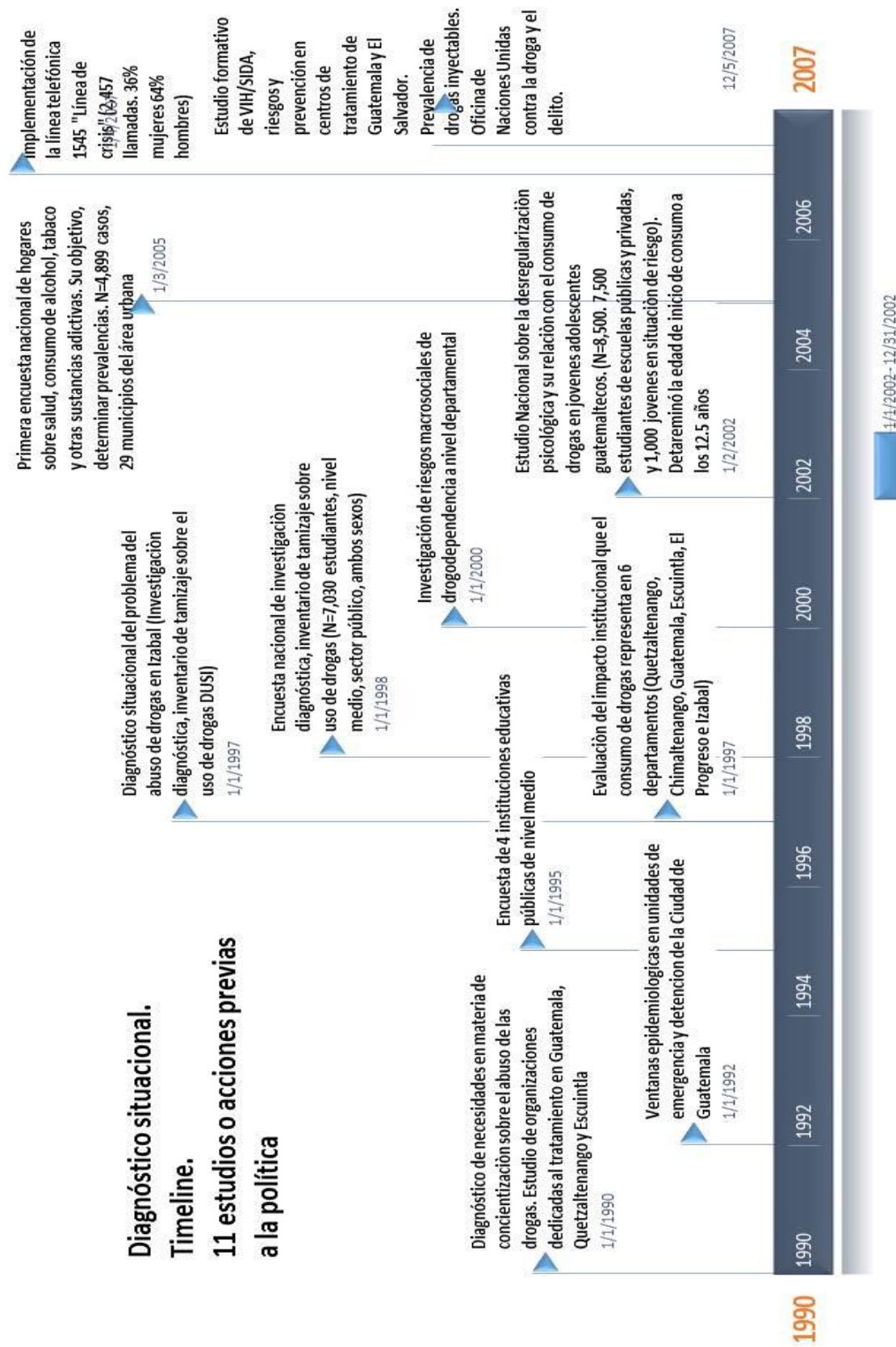
Otro de los aportes que, a pesar de estar inundado de crítica metodológica es la "Encuesta Nacional de Adicciones"; un esfuerzo por generar insumos numéricos

relacionados al tema de las adicciones, efectuada en un contexto estudiantil, realizado por la Facultad de Ciencias de la Salud (FACISA) de la Universidad Galileo, con el apoyo de la Embajada de Estados Unidos y de SECCATID, aplicada a 13,856 estudiantes entre los 11 a 22 años de edad, de los niveles básico y diversificado de 158 establecimientos públicos, privados y por cooperativa. (SECCATID/Universidad Galileo/Embajada de EUA en Guatemala, 2017).

En la siguiente página se grafica el resumen de los insumos investigativos que se tomaron en cuenta en el diagnóstico situacional, realizado para la elaboración de la Política Nacional Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas:

Gráfico 1

Diagnóstico situacional



Encuesta sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media a nivel metropolitano en establecimientos públicos y privados (SIDUC) (N=3,233) (registró incrementos significativos en los porcentajes de consumo)

: Fuente: Política Nacional Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas. ((Vicepresidencia de la República. SECCATID., 2018). Elaboración Propia

Por lo tanto, uno de los paradigmas que se pretende confrontar es el de la carencia total de datos acerca acciones previas diagnósticas o preventivas del consumo en Guatemala. Lo cual implica que no se parte de cero en el estudio de la temática abordada en la investigación, aunque es necesario aclarar que se ha generado poca investigación al respecto y su difusión ha sido aún menor.

Para finalizar las consideraciones relacionadas a los alcances del mismo, se logró el diseño de una investigación que esclareció propiedades y características de un grupo, en relación con esos factores de riesgo, o desencadenantes, que influyeron o permearon su toma de decisión individual de realizar el consumo de alcohol y drogas ilícitas, y, en algunos casos, de continuar e incrementar sus niveles y cantidad de sustancias ingeridas.

1.5 Objetivos de investigación.

Objetivo General 1: Determinar la influencia de los factores de riesgo, predisponentes para el consumo de alcohol, marihuana y cocaína, en un segmento específico de la población guatemalteca.

- Objetivo específico 1.1: Adaptar un instrumento relacionado a la cuantificación de los factores de riesgo para el consumo de las tres sustancias mencionadas, y aplicarlo en un sector específico de la población guatemalteca

- Objetivo específico 1.2: Determinar la correlación existente entre los factores de riesgo y el consumo de las tres sustancias mencionadas, en un sector específico de la población guatemalteca.

Objetivo General 2: Generar un sistema de insumos de análisis, que servirá para fundamentar acciones relacionadas al abordaje, conocimiento, prevención y psicoterapia de las conductas adictivas.

- Objetivo específico 2.1: Generar un perfil numérico, por medio de los resultados de la investigación, de las características principales del sector de población seleccionado, que ha mostrado problemas de consumo de alcohol, mariguana y cocaína.
- Objetivo específico 2.2: Realizar una propuesta de intervención psicológica, de corte psico-educativa, terapéutica y/o preventiva, basada en los resultados obtenidos en la presente investigación

1.6 Definición de variables, conceptual y operacional.

Todos los conceptos utilizados en el abordaje teórico están estrechamente ligados entre sí por su caracterización como factores de riesgo, predisponentes para el consumo, los cuales podrían ser definidos de la siguiente forma:

“...Se entiende por factor de riesgo «un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con

las mismas (mantenimiento)». (Becoña Iglesias, Bases científicas de la prevención de las drogodependencias, 2002)

Todas las acciones a realizar, alrededor de estas variables, están determinadas a medir y determinar la influencia y presencia de las mismas, como predictores de la existencia de “factores de riesgo” para el consumo de alcohol, marihuana y cocaína, en un sector determinado de la población guatemalteca.

Tales variables, conceptuales y operacionales se engloban en la siguiente tabla:

Tabla 2
Variables Conceptuales y Operacionales

Variable Conceptual	Definición Operacional
<ul style="list-style-type: none"> Funcionamiento Familiar: <p>Definición: El funcionamiento familiar es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia. Se explica por los distintos procesos del cambio que pueden facilitar y promover la adaptación de la familia a una situación determinada. Implica el conjunto de atributos que caracterizan a la familia como sistema y que explican las regularidades encontradas en la forma cómo opera, evalúa o se comporta (McCubbin y Thompson, 1987).</p> <p>Es frecuente que el funcionamiento familiar se analice a partir de tipologías familiares que permitan distinguir, con pocas dimensiones su funcionamiento y dinámica. Para el CODEU-2 se buscó explorar el factor familiar, de acuerdo con su: adaptabilidad, vida en común, participación, vinculación emocional, resolución de conflictos y conductas disruptivas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Funcionamiento familiar (APGAR familiar; Gómez Clavelina y Ponce Rosas, 2010)
<ul style="list-style-type: none"> Uso de Tiempo libre: <p>Definición: El tiempo libre es un período cronológico situado después de las obligaciones laborales, escolares, sociales y familiares, en el que pueden</p>	<ul style="list-style-type: none"> Escala de Uso del tiempo libre (CODEU-2)

<p>desarrollarse actividades de ocio, deportivas y/o culturales positivas y saludables para las personas. En la actualidad, la sociedad de consumo ha traído consigo la aparición de nuevas prácticas en el uso del tiempo libre, algunas de las cuales conllevan una serie de disfunciones y problemáticas que no contribuyen a reforzar los espacios educativos y las relaciones sociales y familiares (Elizalde y Gomes, 2010).</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Auto-concepto (Autoestima): <p>Definición: Este constructo ha sido definido por diversos autores como el conjunto de percepciones que tiene un individuo acerca de sí mismo y que son producto de sus propias experiencias con los demás; de las atribuciones que él mismo hace de su propia conducta (Shavelson, Hubner y Stanton, 1976); o bien, ha sido entendido como el concepto que el individuo tiene de sí mismo como un ser físico, social y espiritual (García y Musitu, 1999).</p> <p>La importancia del autoconcepto –que para este trabajo se utiliza como sinónimo de autoestima– radica en que impacta de manera relevante en la formación de la personalidad del sujeto, pues tiene que ver con la competencia social e influye sobre cómo se siente, cómo piensa, cómo aprende, cómo se valora, cómo se relaciona con los demás y, en definitiva, cómo se comporta (Clemes y Bean, 1996; Clark, Clemes y Bean, 2000).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima (<i>Escala de Autoestima de Rosenberg; Jurado Cárdenas, D., Jurado Cárdenas, S., López Villagrán, Querevalú Guzmán, 2015</i>)
<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad: <p>De acuerdo con el Grupo de Trabajo de la Guía Práctica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria (2008), la ansiedad (<i>del latín anxietas, 'angustia, aflicción'</i>) es una respuesta de anticipación involuntaria del organismo frente a estímulos -externos o internos- que son percibidos por el individuo como amenazantes y/o peligrosos y suele presentarse como un sentimiento desagradable o de síntomas somáticos de tensión.</p> <p>Se trata de una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. La ansiedad se convierte en patológica cuando deja de ser eficaz y afecta la vida cotidiana del sujeto haciéndolo infeliz, al grado de alcanzar la</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad (<i>Escala de Ansiedad de Goldberg; González, García y Córdova, 2004; Montón, Pérez Echeverría, Campos y cols., 1993</i>)

<p>categoría de fobias, obsesiones, manías y puede estar ligada a una situación o estímulo concreto o ser generalizada.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Depresión: <p>Definición: La depresión, proviene del vocablo latín “<i>depressio</i>” que significa ‘opresión’, ‘encogimiento’ o ‘abatimiento’.</p> <p>Es un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por un conjunto de síntomas de predominio afectivo, como: sentimientos de abatimiento, apatía, anhedonia, infelicidad y culpabilidad (Aguado Molina, Silverman Pach y Manrique Gálvez, 2005).</p> <p>En muchos casos, los trastornos depresivos pueden estar, en mayor o menor grado, acompañados de ansiedad. Por esta razón, en el CODEU-2 se eligió la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, instrumento de tamizaje que contiene una subescala específica para detectar síntomas de depresión, que deberán ser confirmados clínicamente por un especialista.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión (<i>Escala de Depresión de Goldberg; González, García y Córdova, 2004; Montón, Pérez Echeverría, Campos y cols., 1993</i>)
<ul style="list-style-type: none"> • Autocontrol: <p>Definición: El autocontrol es un término que se compone de la unión de dos vocablos que provienen de idiomas diferentes: la palabra “<i>auto</i>” procede del griego <i>autos</i> que se traduce como “sí mismo”, mientras que la palabra “<i>control</i>” emana del francés y es sinónimo de dominio.</p> <p>En consecuencia, el autocontrol se define como la capacidad consciente de regular voluntariamente los impulsos, con el objeto de alcanzar un equilibrio personal y relacional en el manejo de las emociones y la regulación del comportamiento (Bisquerra, 2003).</p> <p>Aunque el DSM IV-R concibe la falta de control de impulsos como un trastorno que implica: trastorno explosivo intermitente, cleptomanía, piromanía, juego patológico y tricotilomanía, para el CODEU-2 se consideró únicamente el trastorno explosivo, entendido como la incapacidad para controlar los impulsos agresivos, dando lugar a actos violentos que pueden perjudicar al propio sujeto o a los demás, destrucción de la propiedad, ideas intrusivas, concentración deficiente, incapacidad para permanecer quieto, así como patrones de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Impulsividad (<i>DUSI-R; Díaz Negrete, González Sánchez y García Aurrecoechea, 2006</i>)

pensamiento obsesivos/compulsivos e irritabilidad (APA, 2002).	
<ul style="list-style-type: none"> Consumo de alcohol 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico del consumo de alcohol (AUDIT; Gómez Maqueo, Gómez Hernández, Morales Rodríguez y Pérez Ramos, 2009)
<ul style="list-style-type: none"> Consumo de Marihuana 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico del consumo de marihuana (CAST, Cuenca-Royo, Sánchez-Niubó, Torrens, Suelves y Domingo-Salvany, 2013)
<ul style="list-style-type: none"> Discapacidad: <p>Definición: De acuerdo con la OMS y atendiendo a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, cuando se habla de discapacidad se hace referencia a un término genérico que integra las deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación (OMS, 2017). Considerando estos elementos, la discapacidad se define como la “condición bajo la cual las personas presentan alguna deficiencia física, mental, intelectual o sensorial que afecta la forma de interactuar y participar plenamente en la sociedad (Juárez, et al., 2015).</p> <p>Diversos autores (Jordán, Huete y Verdugo 2014) coinciden con el contenido de documentos emitidos por la Organización Mundial de la Salud (2017) que han puesto de manifiesto la relación que existe entre consumo de drogas y discapacidad, por lo que en el CODEU-2 se consideró importante explorar la relación en esta dupla de variables.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Discapacidad relacionada con el consumo de drogas
<ul style="list-style-type: none"> Información preventiva 	<ul style="list-style-type: none"> Información recibida sobre prevención del consumo de drogas

Fuente: (Arellanez, Beverido, De San Jorge-Cárdenas, Ortiz-León, & Salas-García, Breve manual de calificación de las escalas incluidas en el diagnóstico PERCIBETE 2, 2018)

2. Capítulo 2, Fundamentación teórica.

Para iniciar, es necesario establecer ciertos conceptos básicos que –a pesar de encontrarse en diferentes contextos, abordados por varios investigadores- deben responder ante un contexto lingüístico común; dicho de otra forma, hay que definir términos clave para el análisis teórico.

Por el momento apelamos a los aportes de **Becoña (2,002)**, quien propone la siguiente serie de conceptos básicos:

Tabla 3

Terminología básica

<i>Abuso de sustancias psicoactivas:</i> Se produce cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas que ello acarrea para el individuo.
<i>Dependencia de sustancias psicoactivas:</i> Se produce cuando hay un uso excesivo de la sustancia que produce consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio periodo de tiempo.
<i>Dependencia física:</i> Estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico.
El síndrome de abstinencia está constituido por series específicas de síntomas y signos de carácter psíquico y físico peculiares de cada tipo de droga.
<i>Dependencia psíquica o psicológica:</i> Situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar malestar.

Droga: Toda sustancia psicoactiva que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste.

Droga de abuso: Cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración, que altera el estado de ánimo, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral.

Drogodependencias: Término genérico utilizado para referirnos a todas las drogas o sustancias con poder psicoactivo o psicotrópico.

Intoxicación aguda: Estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancia psicótropa o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas y psicológicas.

Politoxicomanía, poliadicción o uso de sustancias múltiples: Abuso y dependencia que suelen darse en las personas que teniendo un diagnóstico principal de dependencia en una sustancia psicoactiva al mismo tiempo están consumiendo otra.

Síndrome de abstinencia: Es el conjunto de síntomas y signos que aparecen en una persona dependiente de una sustancia psicoactiva cuando deja bruscamente de consumirla o la cantidad consumida es insuficiente.

Síndrome de dependencia: Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto.

La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo, a menudo fuerte y a veces insuperable, de ingerir sustancias psicoactivas ilegales o legales, aun cuando hayan sido prescritas por un médico.

La recaída en el consumo de una sustancia, después de un periodo de abstinencia, lleva a la instauración más rápida del resto de las características de la dependencia, de lo que sucede en individuos no dependientes.

Tolerancia: Estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta

a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto fármaco-dinámico.

Trastorno dual: Nombre que recibe la coexistencia de patología psíquica y de algún tipo de dependencia.

Trastornos por uso de sustancias psicoactivas: Denominación que se aplica a todas aquellas sustancias que introducidas en el organismo afectan o alteran el estado de ánimo y la conducta, acarrean trastornos incapacitantes para el consumidor en la esfera personal, laboral, social, física y familiar, y padece síntomas y estados característicos como intoxicación, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia.

Vías de administración de drogas: Hay seis vías de administración: la oral, en forma de ingestión, mascado o sublingual; la pulmonar, inhalada y/o fumada; nasal (esnifada); intravenosa; intramuscular o subcutánea; y, rectal. La vía pulmonar es la que permite que la sustancia llegue con mayor rapidez al cerebro, en menos de diez segundos en la mayoría de las sustancias psicoactivas. En todo caso la dosis y frecuencia de consumo es importante para pasar del uso al abuso y a la dependencia

Fuente: (Becoña Iglesias, Bases científicas de la prevención de las drogodependencias, 2002).

Elaboración Propia

Dado a que el contexto lingüístico evoluciona, y cada día surgen nuevas sustancias, terminologías y tendencias en el estudio de la problemática de las adicciones es necesario complementar los aportes de Becoña con recientes aportes de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) en su Informe Mundial sobre las Drogas 2017, con la siguiente terminología:

Tabla 4

Terminología UNODC

Anfetaminas: Grupo de estimulantes de tipo anfetamínico que comprende la anfetamina y la metanfetamina.

Crack: Cocaína base obtenida del clorhidrato de cocaína mediante procesos de conversión que la hacen apta para fumar.

Consumidores problemáticos de drogas: Consumidores de alto riesgo, por ejemplo, las personas que consumen drogas por inyección, las que las consumen diariamente o las que padecen trastornos relacionados con el consumo de drogas (consumo nocivo o drogodependencia) diagnosticados sobre la base de criterios clínicos contenidos en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (quinta edición) de la American Psychiatric Association o en la Clasificación Internacional de Enfermedades (décima revisión) de la Organización Mundial de la Salud.

Estimulantes de tipo anfetamínico: Grupo de sustancias integrado por estimulantes sintéticos sometidos a fiscalización internacional con arreglo al Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 y que pertenecen al grupo de sustancias denominadas anfetaminas, que comprende la anfetamina, la metanfetamina, la metcatinona y las sustancias del grupo del éxtasis (3,4 metilendioximetanfetamina (MDMA) y sustancias análogas).

Nuevas sustancias psicoactivas: Sustancias objeto de uso indebido, ya sea en su estado puro o en preparados, que no están sujetas a fiscalización con arreglo a la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes ni al Convenio de 1971, pero que pueden entrañar un peligro para la salud pública. En este contexto, el término “nuevas” no se refiere forzosamente a nuevas invenciones, sino a sustancias que han empezado a circular recientemente.

Opiáceos: Subconjunto de los opioides integrado por los diversos productos derivados de la planta de amapola o adormidera, incluidos el opio, la morfina y la heroína.

Opioides: Término genérico que se aplica a los alcaloides de la amapola o adormidera (opiáceos), sus análogos sintéticos (principalmente opioides farmacéuticos o sujetos a prescripción médica) y los compuestos sintetizados en el organismo.

Pasta de coca (o base de coca): Extracto de las hojas del arbusto de coca. La purificación de la pasta de coca produce cocaína (cocaína base y clorhidrato de cocaína).

Personas que sufren trastornos relacionados con el consumo de drogas/personas con trastornos por consumo de drogas: Subconjunto de las personas que consumen drogas. Las personas con trastornos por consumo de drogas necesitan tratamiento, atención sanitaria, asistencia social y rehabilitación. La dependencia es un trastorno relacionado con el consumo de drogas.

Prevalencia anual: Número total de personas de una determinada franja etaria que han consumido cierta droga por lo menos una vez durante el año anterior, dividido entre el número de personas de esa franja etaria y expresado como porcentaje.

Prevención del consumo de drogas y tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas:

El objetivo de la “prevención del consumo de drogas” es prevenir o retrasar el inicio del consumo de drogas, así como la transición a trastornos relacionados con el consumo de drogas. Cuando existe un trastorno relacionado con el consumo de drogas, es necesario prestar servicios de tratamiento, atención y rehabilitación.

Sal de cocaína: Clorhidrato de cocaína.

Fuente: (UNODC; Op. Cit.). Elaboración propia

Otro glosario de considerable actualidad, tamaño y calidad, es editado por el (Centro de Documentación de Drogodependencias del País Vasco (CDD, 2018), y se encuentra localizado en el siguiente link:

<https://www.drogomedia.com/es/glosario/0-todos/>

(Por razones de espacio no se consigna, pero la terminología incluida en el mismo es pertinente y actualizada).

*

Para sentar las bases de la comprensión de las tres sustancias abordadas, es necesario considerar en primera instancia, el panorama regional –actual- del consumo de **alcohol**, donde se tomó como fuente a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su publicación “Informe sobre la situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas” (20015), que dice:

“...En las Américas se consume más alcohol que en el resto del mundo. En los últimos cinco años han aumentado los episodios de consumo excesivo, pasando de

una tasa del 4,6% al 13,0% en el caso de las mujeres y del 17,9% al 29,4% en el de los varones.

En lo relacionado a la mortalidad, en 2012, el consumo de alcohol ocasionó aproximadamente una muerte cada 100 segundos en la región de las Américas y contribuyó a más de 300.000 defunciones ese año; de ellas, más de 80.000 no habrían ocurrido si no hubiese intermediado el consumo de alcohol.

Entre los lamentables perjuicios causados a otras personas, el alcohol provoca perjuicios graves no solo a quienes beben en exceso sino también a las personas que rodean a los bebedores. Entre los daños a los demás cabe mencionar los síndromes de alcoholismo fetal, la violencia, los traumatismos (incluidos los accidentes de tránsito y los laborales), el sufrimiento emocional y la inestabilidad económica.

En las Américas y en todo el mundo, el alcohol es el principal factor de riesgo de muerte y discapacidad para las personas de 15-49 años de edad, franja etaria en la que suelen ser más productivas económicamente.

Los pueblos indígenas representan cerca del 13% de la población de la Región. Existen grandes lagunas en el conocimiento de la extensión de las repercusiones y los perjuicios que tiene el alcohol en estas poblaciones diversas y vulnerables. Algunos estudios de casos y otros informes anecdóticos indican que los pueblos indígenas sufren daños sustanciales por causa del consumo de alcohol, pero disponen de acceso limitado a los tratamientos y a otras intervenciones.

Las mujeres beben cada vez más, en muchos países casi tanto como los hombres. La “igualdad” en el consumo, sin embargo, conlleva más desigualdad entre los sexos en las consecuencias para la salud. Las mujeres de las Américas presentan la prevalencia más alta del mundo de trastornos relacionados con el consumo de alcohol.

Por término medio, los adolescentes beben con menor frecuencia, pero ingieren más cantidad en cada ocasión. La mayoría de los estudiantes encuestados en las Américas tomaron la primera copa antes de los 14 años de edad. En el 2010, alrededor de 14.000 defunciones de menores de 19 años fueron atribuidas al alcohol. (OPS. Organización Panamericana de la Salud., 2015)

En el ámbito local, según lo consigna la OPS/OMS (2014), en un comunicado de prensa donde citan a Gawryszewski & Monteiro (2009) -quienes estudiaron los patrones de todas muertes vinculadas al alcohol entre 2007 y 2009 en 16 países en América del Norte y en América Latina- se publicaron las siguientes cifras:

“...existe una amplia variación en las tasas de mortalidad por consumo de alcohol entre los países, con las tasas más altas en El Salvador (un promedio de 27,4 en 100 mil muertes por año), Guatemala (22,3) y Nicaragua (21,3), seguidas por México (17,8) y Brasil (12,2). Estas tasas se comparan con otras más bajas en Colombia (1,8), Argentina (4,0), Venezuela (5,5), Ecuador (5,9), Costa Rica (5,8), y Canadá (5,7). Los cinco países con mayor mortalidad también tienen altos índices en patrones de consumo peligroso de alcohol, según otros datos de la OMS. (OPS. Organización Panamericana de la Salud. OMS Organización Mundial de la Salud, 201)

En lo que se refiere a la “Cannabis sativa”, o marihuana, merece consideración especial debido a su elevada prevalencia de consumo, la creciente difusión de su uso con fines médicos y a la tendencia creciente sobre la despenalización de su uso recreacional. El Informe de Drogas de la OEA: “16 meses de debates y consensos” (2011), dio a conocer lo siguiente:

“...La marihuana es la droga ilícita de mayor consumo en el mundo, y uno de cuatro usuarios se encuentra en el continente americano. Si bien es una droga asociada con menor mortalidad que muchas otras sustancias, la marihuana presenta riesgos para la salud, especialmente para los usuarios adolescentes cuyos cerebros están aún en desarrollo.

Respecto del uso terapéutico de esta droga, ya es una realidad en varios lugares como Estados Unidos y algunos países de Europa del oeste y central.

La evidencia del uso terapéutico está en pleno desarrollo y en la actualidad demuestra resultados diversos. Es necesario profundizar aún más utilizando metodologías científicas adecuadas.

Por otra parte, ciertos países, como Chile y Uruguay (este último en 2013), han despenalizado la tenencia de marihuana para uso personal con dosis mínimas que varían de un país a otro, y en otros lugares lo han hecho de facto, como en algunos estados de Estados Unidos.

El compuesto activo de la marihuana es tetrahidrocannabinol (THC), que afecta la regulación de las emociones, la memoria, la atención y la percepción. El consumo intenso de marihuana incrementa la probabilidad de que se presenten síntomas psicóticos, depresivos y conducta suicida. La investigación indica que las alteraciones cognitivas producidas por el consumo de marihuana podrían ser

reversibles una vez que la persona deja de consumirla, pero a la vez otros estudios demuestran que el consumo durante la adolescencia puede producir cambios persistentes.”

Otra de las sustancias ilícitas que se abordaron en la investigación es la cocaína, ya que el mismo informe de la OEA la considera “...un potente estimulante con una gran capacidad adictiva, que se extrae de las hojas de la planta *Erithroxylon coca*.

El consumo de cocaína produce una amplia gama de efectos nocivos en la salud a corto plazo: alteraciones a la transmisión de los estímulos nerviosos, formación de coágulos al interior de los vasos sanguíneos, trastornos del ritmo y las contracciones cardiacas e infartos en órganos especialmente susceptibles como corazón y cerebro. A largo plazo, la cocaína puede causar atrofia cerebral, alteraciones en la memoria y trastornos del sueño y del ánimo, como la depresión.

A nivel mundial, entre el 0,3 y el 0,4% de personas de entre 15 y 64 años de edad declararon haber consumido cocaína alguna vez en el último año. El total de usuarios en las Américas alcanza entre 7 y 7,4 millones de personas, lo que arroja una prevalencia de 1,2%, equivalente al porcentaje encontrado en la población europea.

El consumo en los países de las Américas representa aproximadamente 45% del total de consumidores de cocaína a nivel mundial. En ambas regiones existe una gran variabilidad en el uso de cocaína entre los países. En algunos países de América, por ejemplo, la prevalencia del uso de cocaína es inferior a 0,1% de la población y en otros supera el 2%. El porcentaje de individuos consumidores también puede variar en forma importante al interior de los países.

Por ejemplo, los estudios en población general realizados en Colombia, Chile y Argentina muestran que la prevalencia de consumo en los departamentos/regiones/provincias de dichos países va de 0,1 a 2%. Algo similar ocurre cuando se comparan los estados dentro de los Estados Unidos.

El uso de cocaína también está bastante extendido en la población escolar de entre 13 y 17 años de edad.

En varios países del Hemisferio se estima que 2% o más de dicha población ha consumido cocaína en el último año. Adicionalmente, entre los países que cuentan con datos sobre tendencias en el consumo de cocaína en población escolar, se puede observar que, en el Cono Sur, es decir Argentina, Chile y Uruguay, se ha incrementado la prevalencia del consumo de cocaína entre 2005 y 2011.

(OEA. Op. Cit.)

Cuando el consumo de alguna sustancia se realiza de forma reiterada puede llegar a producir lo que denomina el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-V, 2014) como “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos”, abandonando así, el uso del término “adicción”:

“... los mismos abarcan diez clases de drogas distintas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos (con categorías separadas para la fenciclidina [o arilciclohexaminas, de acción similar] y otros alucinógenos), inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (sustancia anfetamínica, la cocaína y otros estimulantes), tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas).

Además de los trastornos relacionados con sustancias, también se considera el juego patológico, que refleja la prueba de que los comportamientos del juego activan sistemas de recompensa similares a los activados por las drogas, pues producen

algunos síntomas comportamentales similares a los trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias.

Las siguientes afecciones se pueden clasificar como inducidas por sustancias: intoxicación, abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por una sustancia o medicamento (trastornos psicóticos, trastorno bipolar y trastornos relacionados, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, trastornos del sueño, disfunciones sexuales, síndrome confusional y trastornos neurocognitivos). (APA.Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)

En lo que respecta al tratamiento podemos destacar las afirmaciones del Instituto Nacional sobre el abuso de las drogas (NIDA, por sus siglas en inglés), el cual afirma, en el 2,010, que:

“...Existen varios enfoques con base científica para tratar la drogadicción. El tratamiento para la drogadicción puede incluir terapia de la conducta (como terapia individual o de grupo, terapia cognitiva o manejo de contingencias), medicamentos o una combinación de ellos.

El tipo específico de tratamiento o la combinación de tratamientos varía según las necesidades individuales del paciente y, con frecuencia, según el tipo o los tipos de drogas que use. La gravedad de la adicción y los intentos anteriores para dejar de consumir drogas también pueden influir en el enfoque del tratamiento.

Finalmente, los adictos suelen sufrir de otros problemas de salud (incluyendo otros trastornos mentales), ocupacionales, legales, familiares y sociales, los cuales deben tratarse de forma concurrente.

Los mejores programas de tratamiento ofrecen una combinación de terapias y otros servicios para satisfacer las necesidades individuales de cada paciente. Las necesidades específicas pueden relacionarse con aspectos como la edad, raza, cultura, orientación sexual, sexo, embarazo, consumo de otras drogas, problemas de salud concurrentes (p. ej., depresión, VIH), crianza de hijos, vivienda y trabajo, además de antecedentes de abuso físico y sexual.”

En relación a los esfuerzos complementarios que han brindado resultados efectivos para el abordaje de los trastornos por consumo de sustancias, se puede mencionar a los grupos de autoayuda. Entre éstos: Alcohólicos Anónimos (AA), Narcóticos Anónimos (NA) y Cocaína Anónimos (CA), todos ellos basados en el modelo de los 12 pasos.

“...Casi todos los programas de tratamiento de la drogadicción animan a los pacientes a participar en un grupo de autoayuda durante y después del tratamiento formal. Estos grupos pueden ser especialmente útiles durante la recuperación, ya que ofrecen un nivel adicional de apoyo comunitario, lo que ayuda a las personas a conseguir y mantener la abstinencia y otros estilos de vida saludables con el paso del tiempo.”

(NIDA. Op. Cit.)

Profundizando un poco en la dinámica de los grupos de autoayuda, y apegados a la visión multidisciplinaria de la investigación, es necesario complementar el enfoque psico-médico del NIDA, mencionado con anterioridad, con un enfoque basado en consideraciones sociales, encontradas dentro de la Tesis de Doctorado

en Ciencias Sociales, por la Universidad Autónoma Metropolitana de México (Montaño, 2013). donde destacan las siguientes afirmaciones, acerca del sentido de comunidad interno:

“...Quien llega a un grupo de autoayuda se encuentra con otros que comparten una concepción y discurso que integra una utopía o filosofía de ayuda mutua, así como una forma específica de trabajar juntos sobre una tarea personal y proyecto compartido que se materializa en el grupo de autoayuda como método.

Empáticamente comprenden su dificultad y situación, su búsqueda y anhelo, desde un punto de vista profundamente humano y personal. Es así que reaccionan ante cada persona que acude con una bienvenida y acogida, misma que puede en casos estar enteramente ritualizada, pero que es en esencia la expresión de un sentimiento de comunidad.

Ayuda mutua es una idea que nos habla de colaboración. Nos invita a pensar en el apoyo personal que puede representar el estar con otros y ser animados para avanzar. Habla también de una igualdad u horizontalidad. Es la idea y promesa tal vez irrealizable de unirse a otros sin jerarquías, para afrontar un problema o resolver una situación.

En los grupos de autoayuda se habla de compartir experiencias. Se intenta habitar una situación de vida y sociedad que se han hecho difíciles subjetivamente. Se establecen vínculos con otros y una forma de participación social.” (Fraire Montaño, 2013)

En el contexto local, existen varias instituciones que prestan servicios de tratamiento ambulatorio a pacientes que presentan conductas adictivas, donde destacan

SECCATID y la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

En el caso de SECCATID, responde a estrategias de Reducción de la Demanda, consistentes en el Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción Social de la población drogodependiente, por lo que crea el Centro de Tratamiento Ambulatorio (CTA), *“...mismo que funciona gratuitamente para las personas que presentan esta problemática debido al consumo de algún tipo de droga.*

El CTA atiende a la población de niños, niñas, jóvenes y adultos mediante la modalidad ambulatoria con metodologías que permitan modificar la conducta de cada una de las personas que lo solicitan, a las cuales se atiende con el apoyo del Equipo Multidisciplinario, abarcando las diferentes áreas de la persona (psicológica, medica, social y espiritual).

Hoy el CTA es una alternativa única de gobierno que brinda esta atención con la inclusión de la familia la cual es atendida para lograr la recuperación de la persona drogodependiente, pero también la estabilidad en el contexto familiar con las personas con las que convive y se han visto afectadas debido al consumo, que no solamente ha perjudicado a la persona consumidora sino además a su alrededor.

(Vicepresidencia de la República. SECCATID, 2018)

Otra de las instancias locales mencionadas es el Centro Integral del Tratamiento Ambulatorio de Adicciones (CITAA) de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala; localizado en las instalaciones del Centro Universitario Metropolitano, en el cuarto nivel edificio A, salón 408.

En el mismo se brinda atención psicológica individual y se manejan programas grupales atendiendo a la población que lo solicita y a quienes son referidos por asuntos legales, en donde el sistema judicial guatemalteco exige una intervención clínica.

Se presta atención profesional por medio de expertos quienes refieren los casos a los diferentes programas de atención y así mismo a la atención individual que es brindada por estudiantes que realizan la práctica profesional supervisada, siendo la finalidad de este centro la atención y servicio a la población mas no la de generar ingresos para el mismo.

(Valdez & Barrientos, 2016)

*

Siempre, en relación a los modelos teóricos interpretativos, hay una evolución histórica en el enfoque de los mismos, para lo cual se utilizan aportes de Pons, X. (2008), quien presenta la siguiente lista:

Tabla 5

Modelos teóricos Interpretativos, según Pons

Modelo jurídico
Modelo de la distribución del consumo (oferta y demanda)
Modelo médico tradicional
Modelo de reducción del daño
Modelo de la privación social
Modelo de los factores socio-estructurales
Modelo de educación para la salud,
Modelo psicológico individualista y
Modelo socio-ecológico.

De los modelos anteriores, el modelo psicológico individualista, parece ser, a simple vista una posición actualizada y que encaja dentro del perfil de la Maestría, por lo cual, siguiendo los aportes de Pons, citando a (Jessor, 1991; Bell, Forthum y Sun, 2000) se puede resumir de la siguiente manera:

Tabla 6

Modelo Psicológico Individualista

<ul style="list-style-type: none">• El consumo de sustancias satisface en el individuo alguna necesidad física, psicológica o social, y la dificultad de una persona para satisfacer estas necesidades por otros medios explica la adicción psicológica.
<ul style="list-style-type: none">• Determinadas variables psicológicas actúan como factores predisponentes de la conducta de consumo y de adicción, tales como rasgos de personalidad, estructura motivacional –jerarquía de valores mantenida por el individuo– o actitudes hacia las drogas –lo que piensa o espera de ellas–.
<ul style="list-style-type: none">• Si el consumo de drogas es un comportamiento humano más, podrá ser comprendido a través de la aplicación de los mismos principios que rigen la conducta humana en general. Para tal fin se podrán utilizar los conocimientos acumulados por la investigación en las ciencias del comportamiento.
<ul style="list-style-type: none">• La información por sí sola no influye necesariamente sobre el comportamiento: por lo tanto, la difusión de información no será una estrategia preventiva suficiente. La prevención debe basarse en el

individuo en su conjunto, en promover su desarrollo personal, la satisfacción de sus necesidades, su equilibrio y su madurez.

- El consumo de drogas varía sus pautas entre individuos diferentes y en situaciones o momentos distintos de un mismo individuo, por lo que no se reduce únicamente a un problema de adicción.

Fuente: (Pons Diez, 2008). Elaboración propia

Las variables psicológicas que actúan como factores predisponentes son consideradas como factores de riesgo. *“...Un factor de riesgo del consumo de drogas es una variable cuya presencia en un individuo incrementa en él la probabilidad de consumo. De este modo, podrá saberse que características de personalidad hacen más probable el consumo, así como que disposiciones motivacionales o que expectativas sobre las drogas lo hacen.*

La comprensión de los factores de riesgo permite contemplar el problema asociado a sus antecedentes más probables, y articular de este modo explicaciones causales de la vulnerabilidad individual al consumo abusivo o adictivo”. (Pons Diez, Op. Cit.)

Con el objeto de acotar lo que hasta ahora se conoce con respecto al riesgo, existe -como referencia- el listado de factores de riesgo propuesto por Martínez, citando a Muñoz-Rivas (1998), quien los agrupa en ambientales/ contextuales, individuales (genéticos, biológicos – evolutivos y psicológicos) y de socialización; integrando a su vez en ésta clasificación las aportaciones de otros autores (Hawkins, Catalano y Miller, 1992; Petterson, Hawkins y Catalana, 1992; Moncada, 1997). (Martínez González, Factores de riesgo y protección ante el consumo de drogas y representaciones sociales sobre el uso de éstas en adolescentes y adultos jóvenes, 2006)

Al realizar un desglose de los factores de riesgo, se encontró que pueden clasificarse de la siguiente manera:

Tabla 7
Factores de riesgo

<i>Genéticos:</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Hijos de consumidores de sustancias psicoactivas.
<i>Constitucionales:</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Uso temprano de drogas (antes de los 15 años).
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor o enfermedad crónica.
<ul style="list-style-type: none"> • Factores fisiológicos.
<i>Psicológicos:</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de salud mental o presencia de estados afectivos desorganizados y una alta frecuencia de trastornos del estado de ánimo.
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia en la infancia o la adolescencia de rasgos de personalidad como la agresividad, el aislamiento social, la personalidad depresiva, la impulsividad, la introversión, la desadaptación social y una baja resistencia a la frustración.
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener actitudes permisivas o favorables hacia el consumo de drogas.
<ul style="list-style-type: none"> • Abuso físico, sexual o emocional.
<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda constante de emociones, satisfacciones y aventuras.
<ul style="list-style-type: none"> • La presencia en la infancia de problemas de conducta de carácter antisocial y trastornos como la hiperactividad o trastornos por déficit de atención.

<ul style="list-style-type: none"> • La ausencia de valores ético – morales.
<ul style="list-style-type: none"> • El predominio de valores personales en ausencia de valores pro-sociales y tradicionales (religión).
<ul style="list-style-type: none"> • Una baja tolerancia a la frustración
<ul style="list-style-type: none"> • Una fuerte necesidad de independencia.
<ul style="list-style-type: none"> • La ausencia de normas.
<ul style="list-style-type: none"> • Alineación y rebeldía.
<ul style="list-style-type: none"> • Consumos tempranos de drogas.
<ul style="list-style-type: none"> • Los valores.
<ul style="list-style-type: none"> • La agresividad.
<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de recompensa inmediata
<ul style="list-style-type: none"> • Otros problemas de conducta.
<i>Familia:</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Uso de drogas por parte de los padres o pertenecer a familias con un historial previo de consumo de alcohol y otras drogas.
<ul style="list-style-type: none"> • Actitudes positivas - permisivas de los padres hacia el uso de drogas.
<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de manejo de la familia.
<ul style="list-style-type: none"> • Bajas expectativas de éxito de los niños.
<ul style="list-style-type: none"> • Estar en una situación de deprivación económica importante.
<ul style="list-style-type: none"> • Pertenecer a familia donde hay sólo un progenitor.
<ul style="list-style-type: none"> • Ser hijos de trabajadores no cualificados o parados.

<ul style="list-style-type: none"> Existencia de pautas de manejo familiar inconsistentes, con expectativas poco claras para la conducta deseada y la ausencia de reforzamiento contingente a la misma.
<ul style="list-style-type: none"> Un estilo familiar autoritario o permisivo.
<ul style="list-style-type: none"> La ausencia de conexión padres – hijos.
<ul style="list-style-type: none"> Relaciones afectivas deterioradas o inconsistentes.
<ul style="list-style-type: none"> La comunicación familiar pobre e inexistente.
<ul style="list-style-type: none"> Pertenencia a hogares con un alto nivel de conflicto (ej. frecuentes disputas matrimoniales, violencia entre los miembros de la familia).
<i>Iguales o pares:</i>
<ul style="list-style-type: none"> Amigos que usan drogas.
<ul style="list-style-type: none"> Actitudes favorables hacia el uso de drogas.
<ul style="list-style-type: none"> Conducta antisocial o delincuente temprana.
<ul style="list-style-type: none"> Fuerte implicación emocional con respecto al grupo de iguales.
<i>Escuela:</i>
<ul style="list-style-type: none"> Carencia de cumplimiento de la política escolar.
<ul style="list-style-type: none"> Poca dedicación a la escuela.
<ul style="list-style-type: none"> Bajo rendimiento escolar, fracaso escolar o abandono temprano de la escuela.
<ul style="list-style-type: none"> Dificultades en el paso de curso.
<ul style="list-style-type: none"> Conducta antisocial temprana.
<ul style="list-style-type: none"> Bajo compromiso con la escuela.
<i>Comunidad:</i>

<ul style="list-style-type: none"> • Leyes y normas de la comunidad favorables hacia el uso de drogas o hacia comportamientos desviados.
<ul style="list-style-type: none"> • Carencia de una adecuada vinculación social.
<ul style="list-style-type: none"> • Deprivación económica y social.
<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de drogas (incluyendo el alcohol y tabaco).
<ul style="list-style-type: none"> • Residir en barrios con carencias de recursos o servicios públicos, con una alta densidad de población y con porcentajes elevados de delincuencia y marginalidad.
<ul style="list-style-type: none"> • Bajo apego en la crianza y desorganización comunitaria.
<ul style="list-style-type: none"> • Transiciones y movilidad.
<ul style="list-style-type: none"> • La percepción social de riesgo disminuida.

Fuente: (Martínez González, Factores de riesgo y protección ante el consumo de drogas y representaciones sociales sobre el uso de éstas en adolescentes y adultos jóvenes, 2006).
Elaboración Propia

De la identificación concreta de la teoría y los constructos esenciales que van a convertirse en las variables susceptibles de ser medidas, se parte hacia la adaptación y/o construcción de un instrumento.

Pero para poder dar ese paso hay que tener claridad sobre algunos temas, por ejemplo, los aportes de Soriano (2014) (en un contexto de investigación bastante cercano a Guatemala, El Salvador) quien, al citar a Kerlinger (1998) afirma que:

“...Para la elaboración de instrumentos debe tenerse claridad de los conceptos sobre constructo teórico, su medición, confiabilidad y validez: Un constructo es un concepto.

Un concepto abstrae las generalizaciones de casos particulares; sin embargo, como constructo tiene el sentido adicional de haberse desarrollado o adoptado deliberadamente con un fin científico. El constructo es parte de los esquemas teóricos y está relacionado con otro.” (Soriano, 2014)

Además, propone, como muchos autores más, una serie de pasos o secuencia lógica a seguir, para la construcción de un instrumento, siendo éstos:

Tabla 8

Fases para la construcción de un instrumento

Primera fase: Objetivos, teoría y constructo

Segunda Fase: Validación, juicio de expertos

Tercera fase: Prueba piloto

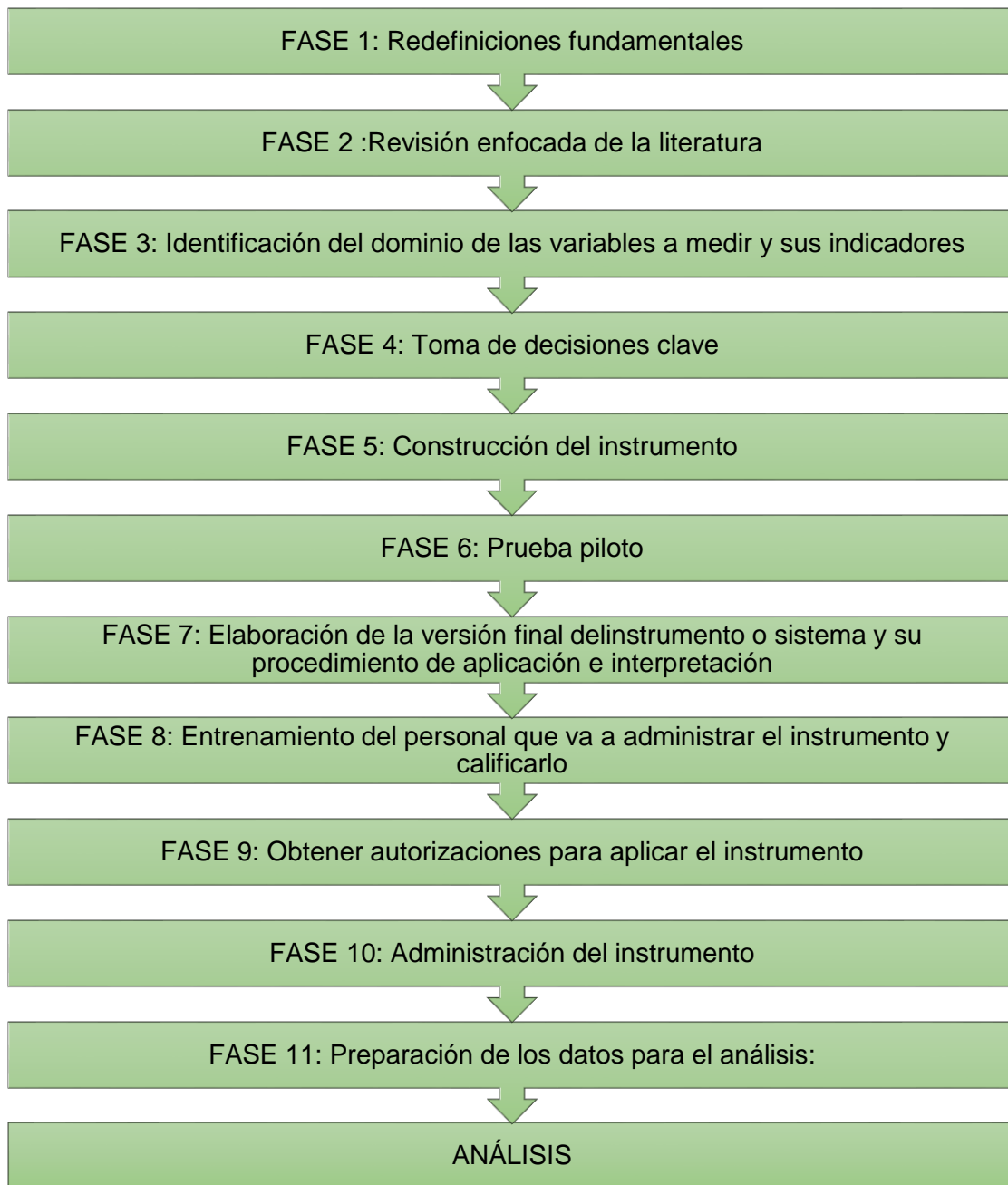
Cuarta Fase: Validación Psicométrica

Fuente: (Soriano; Op. Cit.) Elaboración propia

Otro esquema digno de tomar en cuenta es el propuesto por Hernández, Fernández y Baptista (2014), el cual aporta las siguientes consideraciones progresivas:

Tabla 9

Proceso para construir un instrumento de medición



Fuente: (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & y Baptista Lucio, 2014,) Elaboración Propia

El contexto en el cual se quiere diseñar el instrumento demanda rapidez, confidencialidad, versatilidad, facilidad de aplicación en diferentes lugares y en

diferentes horarios, por lo cual se considera necesaria la evolución del paradigma de la aplicación de cuestionarios en papel a un cuestionario en línea.

Para lo mismo se deben revisar los aportes realizados por Lorca, Carrera y Casanovas (2,016) quienes, citando a Fricker & Schonlau (2002), destacan las ventajas de los cuestionarios on-line, de la siguiente forma:

Tabla 10

Ventajas de los cuestionarios on-line

Ventajas derivadas de su relación con los informantes:

Permiten llegar a una población más amplia, habitualmente de difícil acceso, como pueden ser personas hospitalizadas o con movilidad reducida.

Ofrecen un efecto de mayor anonimato a los informantes, prescinden del entrevistador, lo que ayuda a disminuir las dudas a participar (disminuye la no respuesta total) o a eludir contestar a preguntas determinadas (reduce la no respuesta parcial).

Ventajas derivadas de su formato *on-line*:

Los costes de ese tipo de encuestas se ven reducidos con respecto a otros métodos de recogida de datos, puesto que no es necesario ni personal ni material fungible para su aplicación.

El cuestionario siempre está disponible, veinticuatro horas, siete días a la semana, por lo que puede ser contestado a cualquier hora del día o de la noche, lo que favorece la participación de los encuestados.

Permite introducir elementos multimedia (fotos, vídeos, etc.). Aparte del aumento del atractivo de los cuestionarios que el elemento multimedia supone, ello implica que esos elementos dan opción a utilizar el cuestionario para indagar acerca de procesos, procedimientos, sucesos, técnicas, debates, de carácter complejo.

Ventajas derivadas de su conveniencia técnica:

Las encuestas *on-line* pueden ser accesibles desde cualquier navegador de Internet, dadas las mejoras en los entornos CAWI (*Computer Assisted Web Interviewing*), que posibilitan que sean multinavegador.

Ventajas derivadas por su forma de gestionar datos:

La obtención de los datos es infinitamente más rápida que en el caso de las encuestas presenciales; los cuestionarios *on-line* graban automáticamente la información que introducen los encuestados. Además, en el caso de grandes muestras, permiten una mejor gestión, ya que los sistemas CAWI ofrecen registros, filtros, rangos, etc., lo que optimiza el tratamiento de los datos.

El advenimiento de las tecnologías móviles amplía toda esta relación de potencialidades en cuanto se incrementa la disponibilidad y accesibilidad (en cualquier momento y en cualquier lugar) a la encuesta, puesto que el usuario siempre lleva consigo el dispositivo que le permite la conexión. Precisamente, éste es uno factores que habría de tenerse en cuenta en los diseños de este tipo de cuestionarios es el acceso cada vez más elevado a través de tecnología móvil.

Fuente: (Lorca, Carrera, & Casanovas, 2016) Elaboración propia

El artículo en mención de Lorca, Carrera & Catalán es un importante aporte, dado a que explora el panorama actual de herramientas on-line gratuitas para el diseño y aplicación de cuestionarios, donde sistematizan y evalúan 37 herramientas Web 2.0 gratuitas, disponibles en la red, y que pudiesen revestir especial importancia para los objetivos de la presente investigación.

A continuación, se presenta una sistematización de los hallazgos, en idioma español:

Tabla 11

Resultados del análisis: usuarios, encuestas y posibilidades de diseño.

Herramienta	Usuarios	Encuestas	Encuestas	Diseño de encuestas	Diseño de encuestas
	<i>Número</i>	<i>Numero</i>	<i>Idioma</i>	<i>Plantillas</i>	<i>Formato/Tema</i>
Check Market	1	1	Multilingüe	No	Si
E-Encuesta	1	Ilimitadas	Español	50	30
Encuesta Fácil	1	Ilimitadas	Español	50	Si
Encuesta Tick	1	Ilimitadas	Español	7	No
eSurvey Creator	1	1	Multilingüe	No	No
Eval & Go	1	Ilimitadas	Español	25	50
Google Docs	Ilimitados	Ilimitadas	Multilingüe	No	Si
Lime Survey	Ilimitados	Ilimitadas	Multilingüe	No	Si
Online Encuesta	1	1	Multilingüe	No	No
Own Survey	1	Ilimitadas	4 idiomas	No	14
Poll Daddy	1	Ilimitadas	Multilingüe	No	16
Qualtrics	1	1	Multilingüe	No	Si
Question Form	1	1	Multilingüe	No	Si
Question Pro	1	Ilimitadas	5 idiomas	20	No
Smart Survey	1	Ilimitadas	Multilingüe	No	40
SogoSurvey	1	15	Multilingüe	Si	Si
Stellar Survey	1	20	Multilingüe	Si	Si
Suonper	1	Ilimitadas	Multilingüe	9	10
Survey Monkey	1	Ilimitadas	Multilingüe	31	15
Survey Planet	1	Ilimitadas	Multilingüe	90	Si
Survio	1	5	Multilingüe	100	Si
Tus Encuestas	Ilimitados	Ilimitadas	Español	No	Si
Type Form	Ilimitados	Ilimitadas	Multilingüe	No	20
WUFOO	1	3	Multilingüe	141	Si

Fuente: (Lorca, Carrera & Casanovas; Op.Cit.) Elaboración propia

En cuanto a los instrumentos, hay una clasificación en función de que estén enfocados en la persona, en las actividades o en los productos. Estos instrumentos pueden estar en diversos formatos, desde un fichero de texto o formato pdf hasta cuestionarios de autoevaluación On-line para uso inmediato de los estudiantes. De la misma manera que en el caso de los proyectos, cualquier usuario registrado puede incorporar sus instrumentos de evaluación.

En lo que respecta a la fundamentación y homologación de los test, Garcia-Garcia, Vargas, & Edwards destacan las directrices de asociaciones tales como la *APA (American Psychological Association)*, *AERA (American Association for Educational Research)* y *NMCE (National Council on Measurement in Education)* las cuales han redactado normas para su uso, denominadas “*Standards For Educational and Psychological Tests*”.

También se han redactado normas para la traducción y adaptación de los test a diferentes contextos sociales y culturales para la utilización y el entrenamiento de los usuarios, además de códigos deontológicos profesionales (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos: Comisión de test), lo que hace que la aplicación y administración de un test esté supervisada y conlleve garantías científicas y se presupone, también, principios éticos.

(Garcia-Garcia, Vargas, & Edwards, 2018)

Entre algunas de las consideraciones prácticas a tomar en cuenta, para el diseño de los instrumentos (en éste caso, encuestas en línea) es necesario retomar constructos que pueden optimizar recursos y mejorar la cal *APA (American Psychological Association)*, *AERA (American Association for Educational Research)* y *NMCE (National Council on Measurement in Education)* las cuales han redactado normas para su uso, denominadas “*Standards For Educational and Psychological Tests*”.

También se han redactado normas para la traducción y adaptación de los test a diferentes contextos sociales y culturales para la utilización y el entrenamiento de los usuarios, además de códigos deontológicos profesionales (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos: Comisión de test), lo que hace que la aplicación y administración de un test esté supervisada y conlleve garantías científicas y se presupone, también, principios éticos.

En cuanto a la calidad de la información, es necesario considerar cierto marco regulatorio aportado por una publicación del Banco Interamericano de Desarrollo (BID, 2,013):

Tabla 12

Marco regulatorio

Más allá de poder sistematizar y replicar los indicadores más utilizados por otras investigaciones, hay que ceñirse a las características especiales de la misma, la población objetivo y al objetivo final de la investigación.
Es crucial delimitar el campo de investigación, la relevancia y el número de indicadores a considerar. Así, se pueden llevar a cabo el monitoreo y la evaluación sin desperdiciar recursos. Con el diseño se debe garantizar que los indicadores sean específicos, medibles, apropiados, realistas y sensibles al tiempo (S.M.A.R.T. por sus siglas en inglés).
El marco lógico de una investigación es crucial para determinar qué indicadores será de utilidad recolectar para aproximarse a la relación causal que se intenta medir
.
El tamaño de una encuesta importa, tanto en términos de recursos (tiempo, personal y presupuesto) como de calidad de los datos. A mayor número de indicadores, mayor costo de recolección de datos, fatiga del encuestado y

dispersión de la investigación. Esto puede afectar la calidad de los datos. La definición y limitación del número de indicadores, y por tanto de indicadores de resultados e impactos, vendrá dada por el marco lógico de la investigación.

Fuente: (Vivo, y otros, 2013). Elaboración propia

*

Para valorar aportes relacionados con el abordaje metodológico cualitativo se puede tomar en cuenta los aportes de los siguientes autores:

Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión, un artículo de Páramo, M. (2011), quien, por medio de un estudio realizado en Mendoza, Argentina, identificó factores de riesgo y factores de protección en la etapa adolescente.

El enfoque teórico metodológico fue de carácter cualitativo, con diseño narrativo. Los procedimientos de muestreo fueron no probabilísticos, intencionales. A través de la técnica de los grupos de discusión, se recabó la información con una muestra de grupos de adolescentes, padres, profesores y psicólogos. Los datos fueron analizados a través de la técnica de Análisis de Contenido. Se discutieron los resultados en función de las temáticas de adolescencia y factores de riesgo y de protección.

La autora propone que un análisis conceptual de los factores de riesgo y factores de protección, permitió determinar, por medio de los grupos de discusión, el nivel de influencia, positiva o negativa, que dichos factores ejercen en el proceso de toma de decisiones del adolescente.

En la sistematización de los datos dividió las verbalizaciones, significados y experiencias de los diferentes grupos de discusión en función de los factores de riesgo y protección, en tres grandes temas principales (o variables cualitativas del

estudio): *Dificultades y problemáticas de la adolescencia, los grupos de apoyo inmediato (familiares, amigos cercanos, profesores), los factores protectores y los proyectos futuros.* (Páramo, 2011)

Entre los aportes que mayor riqueza podrán brindar a la investigación, (en el caso de que pudiese servir como soporte para el diseño de alguna acción de tipo preventivo) se encuentra el siguiente:

La correcta identificación de los factores de riesgo y de protección permite determinar el camino a seguir en la toma de decisiones relacionadas a procesos o programas preventivos, dado que la revisión de los diversos programas de prevención exitosos en cada uno de los tipos de conductas de riesgo, llevará a definir denominadores comunes, tales como la atención individualizada e intensiva; programas colaborativos comunitarios; prevención primaria; énfasis en los sistemas escolares; provisión de programas comunitarios para los adolescentes fuera del sector formal de educación; necesidad de capacitación de los profesionales; entrenamiento en habilidades sociales; incorporación de los pares y de la familia en la prevención y una estrecha conexión con el mundo laboral. (Paramo; op.cit.)

2.1 Antecedentes

A continuación, se presentan algunas investigaciones realizadas en el ámbito latinoamericano que también han abordado el estudio de los factores de riesgo para el consumo de drogas:

Al respecto de la investigación, uso y construcción de índices numéricos, a través de estudios transversales, y de la investigación sobre factores de riesgos

individuales, micro-sociales y macro-sociales, en realidades parcialmente similares a la guatemalteca, cabe destacar el acta de investigación de 2016, elaborada por García Aurrecoechea, V., Rodríguez Kuri, S.; Córdova Alcaráz, A. & Fernández Cáceres, M.; denominado “Diagnóstico macrosocial de riesgo del consumo de drogas en México”, el cual se podría resumir de la siguiente manera:

Con el objetivo de identificar, entre 317 municipios y delegaciones del país, aquellos que requieren con mayor prioridad servicios de tratamiento y prevención del consumo de drogas, se llevó a cabo un estudio transversal con base en el método Delphi. En este caso se contó con un panel de 55 expertos que valoró el nivel de riesgo de 33 indicadores demo-gráficos, de salud, económicos, de educación, vivienda, geográficos, turísticos, socio-familiares, del tráfico de estupefacientes y del consumo de drogas ilegales que se encontraban vigentes.

Las variables estudiadas fueron: *proporción de concentración urbana, tasa media de crecimiento, edad promedio, proporción de población masculina, tasa de migración internacional, proporción de servicios de salud, viviendas con agua y energía eléctrica, viviendas con servicio de drenaje, viviendas con Internet, nivel de hacinamiento, nivel de ingreso, pobreza alimentaria, pobreza de capacidades, pobreza de patrimonio, personas de 3 años y más que no asisten a la escuela, personas de 12 años y más que no asisten a la escuela, nivel de escolaridad, ubicación en la frontera norte, formar parte de grandes metrópolis, afluencia de turismo nacional e internacional, proporción de embarazos tempranos, proporción de personas que profesan alguna religión, encontrarse ubicado en rutas de tráfico de marihuana, cocaína, metanfetaminas y/o heroína, la prevalencia del consumo de drogas en los jóvenes, las prevalencias del consumo de cocaína y de marihuana, la percepción de incremento del consumo de drogas y la proporción de la población a la que le han ofrecido drogas regaladas.*

Se identificaron 59 municipios y delegaciones con nivel de riesgo macrosocial alto o muy alto y 105 con un nivel de riesgo macrosocial mediano-alto, que requieren, con mayor prioridad, servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas. (García Aurrecoechea, Rodríguez Kuri, & Córdova Alcaráz, 2016)

Uno de los aportes que puede resultar crucial, tanto por la cercanía de los contextos socioculturales (por ser un estudio realizado en Costa Rica), como por enfocarse en la adaptación de un instrumento a la realidad centroamericana es el llevado a cabo en una universidad pública de Costa Rica, por Caravaca Morera, J. A., Noh, S., Hamilton, H., Brands, B., Gastaldo, D., & Miotto Wreight, M. (2015), consistente en una investigación cuantitativa de tipo descriptiva-exploratoria, con diseño transversal que examinó el efecto moderador de ciertos factores socio-culturales en el consumo de drogas entre estudiantes universitarios en San José, Costa Rica.

La muestra fue conformada por 126 mujeres y 124 hombres de una universidad pública de forma no probabilística.

Uno de los aportes a la presente investigación, relacionado con la construcción o adaptación de instrumentos, fue la elaboración de un cuestionario con cinco escalas ya validadas, que interrogaba sobre la influencia del grupo de pares, las relaciones familiares, el entretenimiento, la espiritualidad y el consumo de drogas.

Entre los hallazgos se estableció que el 98,4% de los estudiantes reportaron tener por lo menos un amigo que consumía drogas, las drogas más consumidas fueron alcohol (78.4% hombres y mujeres, una o dos veces por semana), tabaco (31.2%),

marihuana (27.2%), anfetaminas (15.2%), seguidas de cerca por la cocaína (6%) (Todas ellas durante los últimos doce meses).

En cuanto a la teorización de los factores de riesgo, afirman lo siguiente: *“...Así como el consumo de drogas ha sido objeto de estudio de varias investigaciones en el ámbito internacional y nacional, existe en los últimos años un interés sobresaliente para comprender cuales son los factores de protección (o de riesgo) socioculturales que pueden estar involucrados en el aumento (o disminución) del patrón de consumo de drogas, pudiendo ser este estar modificado por macro-variables tales como la neo-globalización y las recientes mudanzas en la Salud Internacional.*

Entre esos factores podemos mencionar: la influencia del grupo de pares, cambios en la comprensión y aplicación de los valores culturales, el entretenimiento, la espiritualidad y las relaciones familiares. (Caravaca Morera, y otros, 2015)

A partir de estos presupuestos, la investigación contenida en el presente artículo demostró, de forma numérica, la influencia que tienen ciertos factores socioculturales (entretenimiento, espiritualidad, relaciones familiares) moderando la relación grupo de pares, en el consumo de drogas lícitas e ilícitas entre jóvenes universitarios en la ciudad de San José.

El estudio cobra especial importancia, para una Maestría de otro país centroamericano, dado a que ayuda a confrontar cifras actuales, correlacionando variables de análisis y sirviendo de muestra para hacer la respectiva comparación con el sistema de cifras e indicadores nacionales que se piensa construir, ya que la realidad sociocultural guatemalteca, a pesar de ciertas diferencias en índices de desarrollo humano, no dista mucho de la costarricense.

Otro de los aportes teóricos, traducido en variables susceptibles de ser estudiadas, en relación a los procesos de elección personal es el siguiente: *“...El fenómeno de las drogas y el involucramiento de los(as) jóvenes en su consumo es un movimiento tipológico complejo que involucra diferentes aspectos relacionados con factores como exclusión social, vulnerabilidad, estigmatización, desafiliación familiar, ausencia de proyectos de vida, entre otros.*

En esta investigación fueron levantados algunos aspectos ligados a la relación de las variables socioculturales como agentes moderadores en el consumo de drogas y la relación con sus pares. Se constató que el consumo dentro de este locus poblacional está aumentado, lo que genera bastante preocupación y debe ser una alerta para todos los profesionales que desempeñan labores en las instituciones de enseñanza superior, así como en las instituciones formuladoras de políticas nacionales. (Caravaca Norera. Op.cit.)

Al elaborar un marco de referencia para asumir una postura crítica ante la fenomenología de las drogas, o en el caso específico, de la construcción de un sistema de indicadores y el diseño de un instrumento de recolección de datos, es necesario conocer las relaciones existentes entre los factores de riesgo del consumo de sustancias ilícitas en Guatemala, partiendo de comprensiones teóricas de las variables que actúan como potenciadores o inhibidores de la decisión del consumo.

Es necesario comprender que para el accionar de psicólogos, enfocados en el campo de acción de la prevención, sería utópico creer que se pueda intervenir en variables socioeconómicas, por lo tanto los programas de prevención deberían de estar enfocados en aspectos psico-educativos, y para el diseño efectivo de los mismos hay que establecer insumos numéricos que permitan conocer cómo es que

los consumidores guatemaltecos han accedido a ese primer consumo, y por lo tanto tratar de reducir la probabilidad de que esas variables continúen su grado de influencia en el consumo.

Y en cuanto a los aportes en materia de adaptación, construcción y validación de instrumentos de recolección de datos cuantitativos, destaca lo siguiente: *“...Para la recolección de los datos se construyó un cuestionario auto-suministrado que contemplaba las escalas ya validadas de Influencia del grupo de pares, el Índice de las relaciones familiares (IRF), la Escala de Creencias y Espiritualidad (SIBS, por sus siglas en inglés), una pregunta abierta, que indagaba el número de fiestas a las cuales el sujeto asistió en los últimos tres meses donde el alcohol, el tabaco, u otras sustancias como la marihuana, la cocaína y las anfetaminas pudieron haber estado presentes, la Escala de entretenimiento Interactivo y No Interactivo y finalmente se utilizó el test de participación en el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias elaborado por la Organización Mundial de la Salud.*

La versión en inglés del cuestionario fue traducida al español y al portugués, teniendo en cuenta los significados culturales de las palabras, así como la estructura gramatical de las oraciones. El cuestionario, traducido al español fue validado entre un grupo de 50 estudiantes universitarios costarricenses de ese centro universitario, con edades de 18-24 años para fines de adaptación de terminologías, conceptos y comprensión semántica.

Dicho cuestionario constaba de seis secciones con 81 preguntas. Las áreas incluían preguntas sobre la información socio-demográfica, su percepción con relación a la influencia del grupo de pares, las relaciones familiares, entretenimiento, espiritualidad y el consumo de drogas lícitas como ilícitas. (Caravaca Morera, op.cit.)

La anterior descripción es de especial interés, ya que sirve de fundamento para la comprensión de cómo se pueden adaptar diferentes escalas y cuestionarios en la construcción de un instrumento de cuantificación y recolección de datos cualitativos.

De ésta forma resulta ser un área vital del artículo que no se puede dejar desatendida, ya que delimita estrategias de conformación, validación, incluso de traducción de escalas para poder ser confrontadas con las realidades lingüísticas de cada país, adaptando y utilizando terminologías locales que aumenten el nivel de fiabilidad de los ítems que integran los instrumentos.

Siempre, en lo que respecta a construcción de instrumentos, es de especial importancia, la experiencia de construcción de un instrumento, contenida en el Compendio de Instrumentos de Medición IIP-2014, una recopilación de Castro-Smith, V. (Costa Rica, 2014), en donde se encuentran las “Escala de Apoyo Social Percibido para adolescentes” de Alejandra Villalobos y Domingo Campos.

El constructo principal del instrumento fue el apoyo social percibido. El apoyo social, entendido como un tipo de comunicación verbal y no verbal implantada en la estructura de las relaciones sociales que se presenta entre receptores y proveedores; lo mismo hace referencia al contacto social activo con elementos de soporte tales como familia, amistades y otros significativos. Las formas primarias del apoyo social pueden ser asistencia tangible, soporte en información o soporte emocional (empatía o validación), de las cuales las más frecuentemente identificadas son el apoyo informativo y emocional.

El apoyo informativo, es la provisión de asesoría o guía relevante, que puede incrementar las percepciones de control de la propia situación, y consecuentemente, facilitar aspectos como el manejo del estrés y el afrontamiento

de situaciones difíciles. El apoyo emocional está asociado con las expresiones verbales y no verbales de interés o preocupación, que se transmite por mensajes que usualmente fortalecen la autoestima y la sensación de que otras personas comprenden o acompañan al individuo.

Lo cual se traduce en una variable similar a las encontradas entre los factores de riesgo y protectores, que se relacionan con el consumo de sustancias en adolescentes.

En este resumen se presentan los resultados de tres escalas de apoyo social percibido desarrolladas por Villalobos y Campos: *una de apoyo familiar percibido, una de apoyo percibido del grupo de pares y otra de apoyo percibido por parte de otras figuras significativas.*

Debido a que las tres escalas comparten el constructo central se presentan en conjunto, pero cada una refiere a un dominio particular y fueron desarrollados por los autores como tres instrumentos separados.

Para la confección de estas escalas se utilizaron ítems de la escala RSA de Hjemdal (2007), la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar de Olson FACES III, adaptada al país por Rojas (1989) y del Inventario de Creencias Irracionales de Cardeñoso y Calvete (2004).

Cada escala está compuesta por reactivos que permiten conocer la percepción que el adolescente tiene del apoyo que recibe de su grupo familiar, de su grupo de pares o de otros significativos, respectivamente.

En el estudio de Villalobos y Campos, la muestra estaba conformada por 340 adolescentes escolarizados, que asistían regularmente a centros educativos de las provincias de San José y Heredia. De los 340 participantes, 178 fueron mujeres (52.4%) y 162 fueron varones (47.6%); con una media de edad de 15.07 años y una desviación estándar de 1.53, donde la persona más joven tenía una edad de 12.0 años y la de mayor edad de 18.20 años.

Todas las escalas presentaron correlaciones positivas entre sí, proporcionando evidencia de validez convergente, pero a la vez que constituyen medidas de apoyo social percibido en ámbitos diferenciados.

Las tres escalas presentaron correlaciones positivas con las medidas de afecto positivo, autoeficacia, afrontamiento activo y sentido del humor. Adicionalmente, todas las escalas presentaron correlaciones negativas con las subescalas de afecto negativo, de afrontamiento evasivo, de locus de control externo y de sociabilidad y de empatía

En concordancia con el modelo teórico utilizado por Villalobos y Campos, el apoyo social percibido en las esferas de la familia, el grupo de pares y otros significativos está asociado a altos niveles de afecto positivo, sentido de Autoeficacia, Autoconcepto positivo y satisfacción personal, y un buen sentido del humor; mientras que los altos niveles en apoyo social percibido están asociados con bajos niveles de afecto negativo, locus de control externo, desinterés en las relaciones sociales y falta de empatía. (Universidad de Costa Rica, 2014)

*

Regresando a los aportes en materia de instrumentos internacionales, también es necesario destacar el denominado: FRIDA. Factores de Riesgo Interpersonales

para el Consumo de Drogas en Adolescentes, diseñado por R. Secades, J.L Carballo, J.R Fernández, O. García, y E. García.

Este instrumento es de gran utilidad para planificar, aplicar y evaluar programas de prevención del uso de drogas.

Su aporte principal consiste en la detección de la probabilidad que tiene el adolescente de consumir alguna sustancia psicoactiva en función de las puntuaciones en los distintos factores de riesgo interpersonales, los cuales tienen que ver con el ámbito escolar, con el grupo de amigos y con el ámbito familiar.

Su aplicación puede ser individual o colectiva, el tiempo utilizado consta entre 15 y 20 minutos aproximadamente, diseñado para adolescentes de 12 a 16 años.

Entre las categorías de análisis y aplicación práctica, destaca su utilidad en el ámbito clínico (adaptación y conducta), escolar (adaptación y conducta), de uso ON-LINE (para su evaluación y corrección y la generación de informes interpretativos)

A partir de un cuestionario de 90 ítems se analizan 7 factores que se agrupan en una puntuación global, “Índice de Vulnerabilidad Global”, que nos informa sobre el grado de vulnerabilidad o riesgo del sujeto hacia el consumo de drogas. Los 7 factores evaluados son: Reacción de la familia ante el consumo, Grupo de amigos o iguales, Acceso a las drogas, Riesgo Familiar, Educación familiar en drogas, Actividades protectoras y Estilo educativo. (Secades Villa, Carballo Crespo, Fernández Hermida, García Rodríguez, & García Cueto, 2,005)

Otro aporte relacionado con la medición y análisis de diferentes patrones y perfiles de consumo de drogas y la comprobación de las relaciones que se establecen con variables asociadas a la toma de decisión de consumo (apoyo familiar y valoración de consecuencias), se encuentra en el artículo denominado:

Análisis y perfiles del consumo de drogas en adolescentes: percepción del apoyo familiar y valoración de consecuencias, elaborado por Molero-Jurado, M.; Pérez-Fuentes, M.; Gázquez-Linares, J., & Barragán-Martín, A., el cual se estructuró de la siguiente manera:

Su objetivo fue analizar diferentes patrones de consumo de drogas (esporádico o habitual) en adolescentes e identificar perfiles de su consumo; y comprobar las relaciones que se establecen respecto a variables asociadas con la toma de decisiones de consumo (apoyo familiar y valoración de consecuencias).

La muestra estuvo integrada por 822 alumnos de secundaria de 13 a 18 años. Se utilizó un cuestionario elaborado ad hoc para conocer los datos sociodemográficos y de consumo, y para la medida del apoyo familiar percibido se utilizó la subescala con el mismo nombre, incluida en la Multidimensional Scale of Perceived Social Support. (En este caso se utilizó la adaptación española).

Este instrumento evalúa el apoyo social percibido, por medio de 12 ítems y tres factores: apoyo familiar, apoyo de amigos y apoyo de pareja u otras personas significativas, con índices de fiabilidad en torno a 0.83-0.89. Se utilizó la escala de apoyo familiar, presentando una fiabilidad de 0.87. De forma adicional, se incluyó un ítem en el que se pidió al sujeto que valorara la relación que mantenía con sus progenitores en la actualidad, mediante escala tipo Likert de cinco puntos.

Los resultados destacables son los siguientes: Se produjo correlación positiva entre la valoración que los adolescentes hicieron de la relación actual con sus padres/tutores y el apoyo familiar percibido. Además, tanto el apoyo familiar, como la

relación con los padres, se correlacionaron negativamente con la frecuencia en el consumo de tabaco.

Los consumidores habituales de cannabis presentaron diferencias significativas en apoyo familiar respecto a los que no la consumían de forma habitual.

En el mismo, concluyen que es necesario establecer diferentes perfiles de consumo en adolescentes, de cara al diseño de intervenciones y la implementación de programas de hábitos saludables desde la atención primaria.

Además, destacan los siguientes hallazgos numéricos (además de la adaptación de la escala Multidimensional Scale of Perceived Social Support):

“...Los análisis de correlación revelaron una asociación positiva entre la valoración del adolescente sobre la relación actual que mantiene con sus padres/tutores. Además, la frecuencia en el consumo de tabaco y de alcohol correlacionaron positivamente, lo que apoya la tendencia al policonsumo entre los adolescentes.

Por otro lado, la percepción de apoyo familiar presentó una asociación negativa con la frecuencia en el consumo de alcohol y de tabaco, lo que sugiere una función protectora en el consumo.

En cuanto a los patrones de consumo de otras sustancias, las diferencias en apoyo familiar entre consumidores y no consumidores resultaron estadísticamente significativas en el caso del cannabis, siendo los consumidores de esta sustancia los que perciben menor apoyo familiar. Esto ocurre tanto en patrones de consumo esporádico como habitual, en los que la función protectora de la familia es fundamental para contrarrestar la influencia de características comunes en adolescentes, que pueden actuar como factores de riesgo.

Al comparar los diferentes perfiles, se encontraron niveles significativamente más bajos de percepción de riesgo entre los que consumían más de una sustancia.

De los cuatro perfiles identificados, el grupo de policonsumo (alcohol, tabaco y cannabis) fue el que percibió menos problemas derivados del consumo y, por tanto, el más vulnerable al mantenimiento de esas sustancias o al inicio del consumo de otras. (Molero-Jurado, Pérez-Fuentes, & Gázquez-Linares, 2017;24(2))

Parte de los hallazgos destacables es que el apoyo familiar inclina la balanza al mantenimiento de las conductas de consumo de alcohol y tabaco (sustancias legales, aceptadas en el marco social), mientras que el grupo de consumidores de cannabis, reflejaron una correlación negativa entre consumo y apoyo, es decir que a menor percepción del apoyo familiar, mayor probabilidad de que se diera el consumo de la mencionada sustancia.

Otra referencia internacional que aporta valiosa información, tanto en cuanto a la metodología utilizada, como por su valor investigativo en lo relacionado con el estudio de la percepción de riesgo asociado al consumo.

Además de las representaciones sociales y la identidad grupal -incluso en la construcción de un cuestionario para la medición de los factores de riesgo para el consumo en adolescentes- es la ya mencionada Tesis doctoral de José Miguel Martínez Gonzales, presentada ante el Departamento de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la Universidad de Granada, España, en el 2,006, denominada: “Factores de riesgo y protección ante el consumo de drogas y representaciones sociales sobre el uso de éstas en adolescentes y adultos jóvenes”.

La muestra estuvo compuesta por 241 alumnos/as de escuelas taller de la provincia de Granada. Se llevó a cabo un muestreo aleatorio por conglomerados.

El 75.5 % eran hombres (N = 182) y el 11.6 % mujeres (N = 28) (el 8 % no contestó este ítem). La edad comprendida se ubicó entre los 17 y 20 años. La edad media fue de 19.21 años, con una desviación típica de 2.24.

Se empleó una metodología cuasi-experimental, con diseños unifactoriales entre grupos para la mayor parte de los análisis, cuyo objetivo se centró en conocer las variaciones de los factores de protección dependiendo de diferentes variables.

El aporte en cuanto a la metodología para construir insumos numéricos lo resulta ser el *Cuestionario de Factores de Riesgo*, diseñado por el autor, el cual se diseñó atendiendo a las variables que pueden medirse bajo respuesta subjetiva y que son variables citadas con frecuencia en la literatura de los últimos años (Según referencia de Martínez, citando aportes de Hawking, Catalano y Miller 1992; Dettman, 1994; y otros).

Las 37 variables seleccionadas para el cuestionario son: (1) apego; (2) normas en la familia; (3) miedo a las drogas; (4) relación padres – profesores; (5) mayor directividad de los padres; (6) celebraciones de fiestas, cumpleaños y aniversarios en familia; (7) apoyo social; (8) compartir actividades con otros sintiéndose así satisfecho; (9) participación en la parroquia o actividades religiosas; (10) locus de control interno; (11) valores positivos con respecto al cuerpo y la vida; (12) destrezas para trabajar con otros; (13) alto rendimiento escolar / capacidad académica; (14) valor de auto superación; (15) cumplimiento de leyes de la comunidad; (16) nivel alto de auto aceptación; (17) expectativas positivas de futuro; (18) adquirir y cumplir los compromisos; (19) normas y pautas de conducta claras la escuela; (20) haber recibido una buena formación escolar; (21) normas claras en la sociedad en torno al consumo de drogas; (22) ser capaces de relacionarse con lo que se valora socialmente como entidades positivas (ej. asociaciones); (23) valoración positiva que hacen los padres del grupo de iguales; (24) que los padres hablen con los hijos

de drogas; (25) que los padres refuercen los logros de los hijos; (26) estabilidad y cohesión familiar; (27) percepción de utilidad por parte del alumno de ir al colegio; (28) destrezas para solucionar problemas; (29) destrezas para tomar decisiones; (30) tener buen grado de autocontrol; (31) destrezas para resistirte a las presiones sociales; (32) capacidad para evitar situaciones de peligro; (33) percepción de oportunidades en el entorno; (34) ser auto disciplinado; (35) ser autónomo; (36) fácil adaptación social; (37) hacer frente a la adversidad.

El cuestionario está compuesto de dos partes. La primera contiene información referente a aspectos sociodemográficos como la edad, género, localidad, etc.

Además, se usaron preguntas para conocer si existía consumo de drogas ilegales como cocaína, drogas de diseño, heroína u otras, a la vez que se indagó sobre la edad en que consumieron esa droga por primera vez

La segunda parte del cuestionario estaba compuesta por 37 preguntas, correspondientes a las diferentes variables de protección que se deseaba estudiar. La respuesta se evaluó con una escala tipo *Likert* (rango de puntuación de 1 a 5, siendo: 1= nunca / ninguna; 2 = casi nunca / muy pocas veces; 3 = algunas veces / algo; 4 = casi todas las veces / bastante; 5 = todas las veces / mucho. Todos los ítems se formularon de modo que a mayor puntuación en la respuesta corresponde mayor identificación con la variable de protección

Otro aporte de adaptación multi-instrumental para el diagnóstico de variables de interés para jóvenes, y de construcción de una encuesta en línea, en LimeSurvey lo constituye el Segundo Diagnóstico de Percepción, Riesgo y Consumo de Drogas en Estudiantes de la Universidad Veracruzana, el cual generó un cuestionario en línea disponible en: <http://104.210.151.241/limesurvey/index.php/859511?lang=es-MX>

Se trata de un estudio transversal, ex post facto, correlacional, en el que se realizó un sondeo en la población de estudiantes de licenciatura y tecnicatura inscritos en el periodo febrero–julio 2017 en todos los campus de la Universidad Veracruzana

Para explorar las variables de interés se utilizó el Cuestionario sobre Consumo de Drogas en Estudiantes Universitarios (CODEU-2), resultante de una revisión del instrumento utilizado en el primer diagnóstico, y enriquecido con un conjunto de escalas validadas en México que permitirán analizar diversos factores psicosociales que, de acuerdo con la literatura científica, están asociados con el consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 13

Estructura del CODEU-2

El CODEU 2 contiene 268 preguntas divididas en distintas secciones, que indagan (adaptando instrumentos y escalas previas) acerca de:

- Aspectos sociodemográficos

- Rendimiento académico

- Funcionamiento familiar (APGAR familiar; Gómez Clavelina y Ponce Rosas, 2010)

- Uso del tiempo libre

- Autoestima (Escala de Autoestima de Rosemberg; Jurado Cárdenas, D., Jurado Cárdenas, S., López Villagrán, Querevalú Guzmán, 2015)

- Ansiedad (Escala de Ansiedad de Goldberg; González, García y Córdova, 2004; Montón, Pérez Echeverría, Campos y cols., 1993)

- Depresión (Escala de Depresión de Goldberg; González, García y Córdova, 2004; Montón, Pérez Echeverría, Campos y cols., 1993)

- Impulsividad (DUSI-R; Díaz Negrete, González Sánchez y García Aurrecoechea, 2006)

- Actitud hacia el consumo de drogas (Rodríguez Kuri, et al., 2007)

- Prevalencia de consumo alguna vez, en el último año y en el último mes de drogas legales (tabaco y alcohol) e ilegales (sustancias de uso médico sin prescripción como estimulantes o depresores, así como marihuana, cocaína, crack, alucinógenos, solventes inhalables, metanfetaminas, heroína y otros opiáceos)

- Diagnóstico del consumo de tabaco (Fagerström; Córdoba, Martín, Casas, Barbera, Botaya, Hernández y Jane, 2000)

- Diagnóstico del consumo de alcohol (AUDIT; Gómez Maqueo, Gómez Hernández, Morales Rodríguez y Pérez Ramos, 2009)

- Diagnóstico del consumo de marihuana (CAST, Cuenca-Royo, Sánchez-Niubó, Torrens, Suelves y Domingo-Salvany, 2013)

- Resistencia a la presión de pares y pareja

- Tratamiento

- Conductas de riesgo asociadas al consumo

- Discapacidad relacionada con el consumo de drogas

- Información sobre prevención del consumo de drogas

- Percepción de los estudiantes sobre la gravedad del problema en la universidad y políticas institucionales acerca de la prevención y tratamiento del uso de drogas,

- Opinión sobre la legalización del uso médico y recreativo de la marihuana (Centros de Integración Juvenil, 2014).

Fuente: (Arellanez, Beverido, De San Jorge-Cárdenas, Ortiz-León, & Salas-García, 2016).
Elaboración propia

3. Capítulo 3, Marco Metodológico.

3.1 Diseño de la investigación:

Estudio transversal cuantitativo, correlacional, que implica la adaptación de un instrumento, elaborado en un contexto sociocultural afín al guatemalteco; utilizando un formato de cuestionario electrónico, basado en la plataforma online Google Docs.

El estudio fue aplicado en una muestra intencional y selectiva, de convocatoria directa y referencia entre los participantes, en un período de tiempo no mayor de los seis meses.

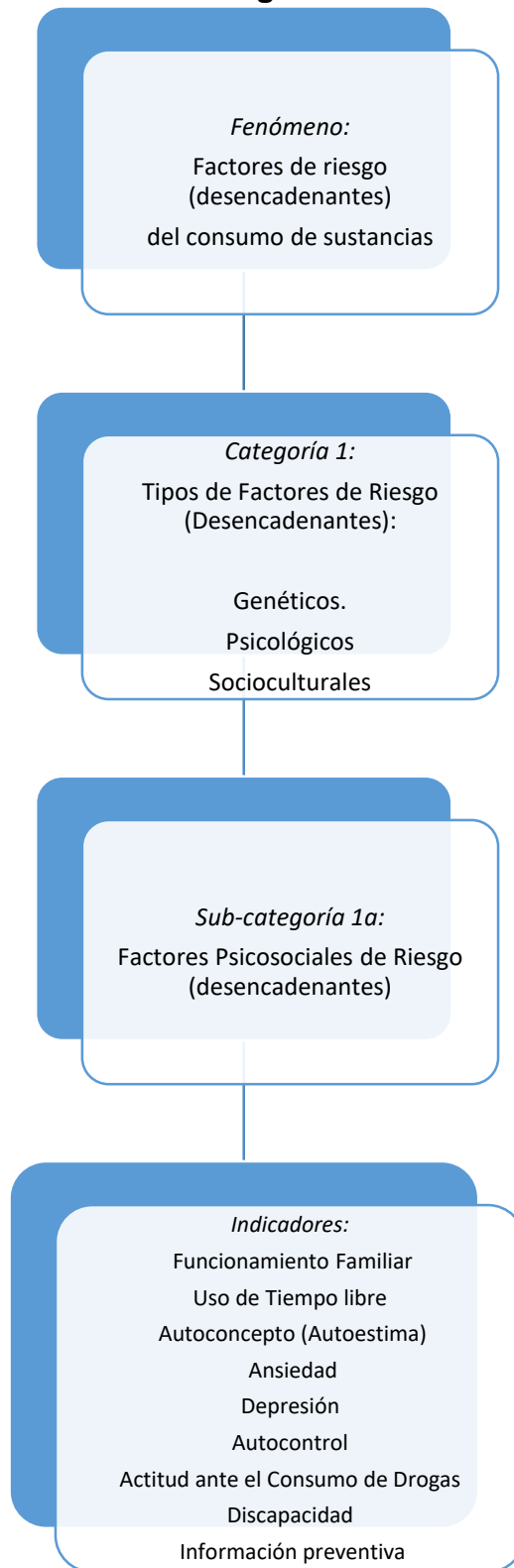
3.2 Sujetos:

Sector de la población guatemalteca, integrado por 46 mayores de edad, adultos, hombres y mujeres, quienes se asumieron como personas que han experimentado problemas de consumo de alcohol, marihuana y cocaína, se encuentran en fase de abstinencia, y afrontamiento de dichos problemas, y que –de preferencia- integraban un grupo de autoayuda o eran parte de la población atendida en un centro de tratamiento profesional.

3.3 Instrumento:

Gráfico 2
Árbol de categorías

Árbol de categorías 1:



Fuente: (Arellanez, Beverido, De San Jorge-Cárdenas, Ortiz-León, & Salas-García, Breve manual de calificación de las escalas incluidas en el diagnóstico PERCIBETE 2, 2018)

Formato de la adaptación:

CODEU-2. Consumo de Drogas en Estudiantes Universitarios

**Arellanez, J. L., Beverido P., De San Jorge-Cárdenas, X., Ortiz-León, C. y
Salas-García, B. (2016)**

Gracias por participar en esta encuesta; se trata de un importante esfuerzo que se realiza por primera ocasión en la Maestría en Prevención y Atención integral de Conductas Adictivas.

Nos interesa conocer algunas áreas de la vida cotidiana y el consumo de alcohol, marihuana y cocaína de adultos guatemaltecos. Tu participación es voluntaria, anónima, gratuita y no implica ningún riesgo para ti.

La información que proporciones será analizada con métodos estadísticos y únicamente con fines académicos, respetando el anonimato de tus respuestas; por eso no se te está solicitando tu nombre, ni cualquier otra forma de identificación. Por lo anterior, te invitamos a contestar con el mayor cuidado y sinceridad posible.

Se te solicita que leas cuidadosamente las instrucciones antes de empezar a responder en cada sección de preguntas. Todas las preguntas deberán ser contestadas para que el sistema te permita avanzar y concluir. Es indispensable que contestes de una sola vez el cuestionario, te pedimos que tomes en cuenta que vas a necesitar alrededor de 20 minutos para el llenado completo.

Cabe mencionar que la adaptación consistió en 110 preguntas, redactadas en tiempo pasado, con terminología sencilla y apegada a la versión original, pero eliminando y adaptando ciertos modismos pertinentes a la realidad y contexto mexicano, hacia el nacional. Por factores de tiempo y tamaño de muestra estimada se obvió el análisis cualitativo de los ítems, ya que los diseñadores del instrumento fundamentaron la adecuación de los mismos al objetivo general, específico y operativo del test.

3.4 Procedimiento de investigación:

Tabla 14
Fases. Actividades, y temporalidad de la investigación

FASE	ACTIVIDADES	Temporalidad
1. Idea	<ul style="list-style-type: none"> • Introspección para encontrar áreas de interés • Mínima revisión de literatura al respecto • Análisis de supuestos filosóficos como fundamento de la investigación social. • Revisión de Paradigmas de investigación en ciencias sociales. 	Febrero 2,018
2. Planteamiento del problema	<ul style="list-style-type: none"> • Selección del tema de investigación asociado a su proceso de prácticas en la maestría. • Planteamiento del problema de investigación cuantitativa. 	Marzo 2,018
3. Revisión de la literatura y desarrollo del marco teórico	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de la perspectiva teórica, marco conceptual. • Revisión documental, verificación de fuentes de información diversas, y adquisición de material bibliográfico • Búsqueda especializada de información. • Lectura de artículos científicos. • Inmersión en el contexto de las normas APA para la publicación de artículos científicos, cita con 	Abril 2, 018

	<p>asistencia de Word. Citas APA en Word.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estados del arte: teoría básica, definición, esquema, revisión de ejemplo, estados del arte asociados a la temática de las conductas adictivas 	
4. Visualización del alcance del estudio	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de factibilidad del estudio. • Análisis de la capacidad de gestión nacional e internacional. • Contacto con especialistas en el tema para que funcionen como asesores teóricos 	Mayo 2,018
5. Elaboración de hipótesis y definición de las variables	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración del estado del arte al tener mediana certeza del mapeo teórico realizado y de las variables que se constituirán en el objeto de la investigación a futuro 	Junio y Julio 2,018
6. Desarrollo del diseño de la investigación	<ul style="list-style-type: none"> • Sondeo de posibles instrumentos a utilizar y las fuentes de la información al respecto de los mismos • Inicio de gestión internacional para el uso de instrumentos utilizados en contextos similares al guatemalteco 	Julio 2,018
7. Definición y selección de la muestra	<ul style="list-style-type: none"> • Luego de recibir la autorización para utilizar un instrumento internacional, inicio de gestión para aplicar el instrumento en un contexto nacional 	Agosto 2,018

	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de diseños de investigación cuantitativa, descriptivos y experimentales. • Decisión de realizar muestreo cuantitativo en la investigación científica. • Definición conceptual y operacional de variables. • Conocimiento de los procesos de recolección de datos cuantitativos en ciencias sociales. 	
8. Recolección de los datos	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia a taller de elaboración de instrumentos de investigación social. • Adaptación del instrumento en formato de cuestionario On-line • Contacto a los integrantes de la muestra intencional y selectiva • Difusión del cuestionario electrónico adaptado, por medios electrónicos 	Septiembre 2,018
9. Análisis de los datos	<ul style="list-style-type: none"> • Formación relacionada al Análisis de datos cuantitativos. • Definición de un proyecto en el marco lógico. Características, fases y análisis previos. Matriz del proyecto. Plan de ejecución. Monitoreo y evaluación de proyectos. • Modelo de programas. • Recepción de las primeras respuestas al cuestionario elaborado 	Septiembre y Octubre 2,018

		<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento de la base de datos en Google Docs • Análisis parcial de datos recibidos • Presentación final del curso, con los resultados parciales de la investigación 	
10. Elaboración de reporte de resultados	de de	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de resultados parciales de la Fase I de trabajo de graduación • Continuar recibiendo respuestas del cuestionario electrónico • Elaborar el análisis final de datos al considerar que la muestra obtenida puede ser relevante para los propósitos de la investigación 	Noviembre y Diciembre 2.018
11. Elaboración de trabajo de graduación y propuesta de proyecto de intervención psico-terapéutica	de de y de de	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar correcciones sugeridas por el docente al trabajo realizado en 2,018 • Aportes metodológicos en base a los trabajos realizados en las cuatro primeras semanas del curso de Seminario III. • Fundamentación teórica específica de la propuesta de intervención. • Selección de las actividades a realizar. • Elaboración y entrega de la propuesta, junto al trabajo de graduación integrado • Correcciones finales a dicha integración 	Entre febrero y julio, 2,019

Fuente: Planificación de investigación. Elaboración propia.

3.5 Diseño y metodología del análisis de la información recabada: Estudio transversal cuantitativo, correlacional, con muestreo intencional y selectivo, cuyos resultados se presentan por medio de estadística descriptiva (frecuencias, gráficas y porcentajes, tendencia central) e inferencial (correlación).

4 Capítulo 4, Resultados del trabajo de campo.

Tabla 15
Cuadro de resumen
(insumos numéricos que la investigación aporta)

N=46 personas

Categorías generales de análisis	Variable	Indicadores por variable	Datos numéricos
Datos sociodemográficos	<i>Sexo</i>	Hombre/Mujer	H= 71.7% (33) M= 28%(13)
	<i>Edad</i>	Años cumplidos	Promedio=5 personas, 43 a
	<i>Estado civil</i>	Soltero/Casado/Unión Libre	S=65% (30) C= 30% (14) UL=4% (2)
	<i>Hijos</i>	Si/No	S=61% (28) N=39% (18) Promedio=10 personas, 2 hijos
	<i>Etnia asumida</i>	Ladino/Mestizo/Pueblo Indígena	L= 94% (43) M & PI= (6%)
	<i>Lugar de residencia</i>	Departamento	Guatemala= 65% (30) Mixco= 20% (9) Villa Nueva & San Miguel Petapa = 4% (2)
	<i>Escolaridad</i>	Nivel aprobado	Universitario= 50% (23) Diversificado= 33% (15) Posgrado= 17% (8)

Funcionamiento familiar	<i>Tipo de funcionamiento o familiar</i>	Normo-funcionalidad, Disfuncionalidad leve, grave y muy grave	80 % (37 personas se encuentran con un funcionamiento familiar, leve, grave y muy grave)
Auto-concepto (Autoestima)	<i>Tipo de Autoestima</i>	Muy baja, baja, media y alta	37% (17 personas poseen autoestima baja y muy baja)
Ansiedad	<i>Presencia de ansiedad</i>	Normo-funcionalidad y presencia de síntomas de ansiedad	30% (14 personas presentan síntomas de ansiedad)
Depresión	<i>Presencia de depresión</i>	Normo-funcionalidad y presencia de síntomas de depresión	76% (35 casos presentan indicios de depresión)
Autocontrol	<i>Nivel de autocontrol</i>	Muy bajo, bajo, alto y muy alto	87% (40 personas por encima del nivel alto) <i>En esta variable es necesario aclarar que las puntuaciones más altas (en el aspecto negativo) eran las relacionadas a la expresión de agresividad e ira hacia los demás</i>
Consumo de alcohol	<i>Edad de inicio y Zonas de riesgo según escalas del test AUDIT</i>	Edad de inicio	Media =16 años
		Frecuencia del consumo	67% (31 personas tomaban de dos, cuatro o más veces por semana en adelante)
		Cantidad consumida promedio	52% (24 personas tomaban más de 7 copas en adelante)
		Frecuencia de consumo fuerte o compulsivo	61% (28 personas tomaban seis o más copas en un mismo día, evento o reunión)
		Imposibilidad aparente de detener el consumo, una vez había iniciado el mismo	52% (24 personas reconocen que, durante el último año

			de consumo, no pudieron dejar de beber una vez habían empezado)
		Situaciones inconclusas, planes sin concretar debido al consumo	52% (24 personas reconocieron que, durante el último año de consumo, dejaron situaciones importantes inconclusas, por beber)
		Sentimiento de culpa por el consumo desmedido	52% (24 personas reconocen que durante el último año de consumo, se sintieron culpables y con remordimiento, después de haber bebido)
		Evidencia ante terceros de la necesidad de tratamiento por el consumo	72% (33 personas reconocieron que algún amigo, familiar o médico se preocupó mucho por la forma en que tomaban y les sugirió que redujeran el consumo)
		Zona de ubicación según el test AUDIT	56% (26 personas están en zona 3 y 4)

Fuente: Datos de investigación realizada. Elaboración propia

4.1 Variables destacadas

4.1.1 Funcionamiento familiar:

La cantidad total de personas que integran la muestra es de N=46; 37 personas, o el 80.43 % de personas se encuentran con un funcionamiento familiar, leve, grave y muy grave, lo cual se identifica en la investigación como “disfuncionalidad familiar”

Definición:

El funcionamiento familiar es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia. Se explica por los distintos procesos del cambio que pueden facilitar y promover la adaptación de la familia a una situación determinada. Implica el conjunto de atributos que caracterizan a la familia como sistema y que explican las regularidades encontradas en la forma cómo opera, evalúa o se comporta (McCubbin y Thompson, 1987). Es frecuente que el funcionamiento familiar se analice a partir de tipologías familiares que permitan distinguir, con pocas dimensiones su funcionamiento y dinámica. Para el CODEU-2 se buscó explorar el factor familiar, de acuerdo con su: adaptabilidad, vida en común, participación, vinculación emocional, resolución de conflictos y conductas disruptivas.

En el campo de la medición psicológica existen diversos instrumentos que evalúan el funcionamiento familiar, como el Cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar (EFF), el Inventario de funcionamiento familiar, el Índice de relaciones familiares (IRF), la Escala de Evaluación de la Cohesión y la Adaptabilidad Familiar (FACES III), ya sea creados específicamente para población mexicana, o producto de una adecuación por investigadores como Atri y Zetune (1993), Nava Quiroz (2002), Montiel Cortés y Rivera Aragón (1996) o Ponce Rosas y su grupo de colaboradores (2002), entre otras. Para el presente proyecto se optó por utilizar la escala APGAR familiar adaptada a población mexicana por Gómez Clavelina y Ponce Rosas (2010), así como las tres últimas preguntas que corresponden al área de Relaciones familiares disfuncionales del DUSI-R también adaptado a adolescentes mexicanos (Díaz Negrete, González Sánchez y García Aurrecoechea, 2006).

4.1.2 Depresión:

Como se mencionó, anteriormente, la cantidad total de personas que integran la muestra es N=46; 35 personas o el 76.08% de casos presentan síntomas de depresión.

La depresión, proviene del vocablo latín “*depressio*” que significa “opresión”, “encogimiento” o “abatimiento”. Es un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por un conjunto de síntomas de predominio afectivo, como: sentimientos de abatimiento, apatía, anhedonia, infelicidad y culpabilidad (Aguado Molina, Silverman Pach y Manrique Gálvez, 2005).

En muchos casos, los trastornos depresivos pueden estar, en mayor o menor grado, acompañados de ansiedad. Por esta razón, en el CODEU-2 se eligió la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, instrumento de tamizaje que contiene una subescala específica para detectar síntomas de depresión, que deberán ser confirmados clínicamente por un especialista.

Como se señaló en el caso de la variable Ansiedad, En el CODEU-2 se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (Goldberg, Briedges y Duncan-Jones, 1989), en su versión validada al español (Montón, Pérez-Echevarría y Campos, 1993), y adaptada para población mexicana por González, García y Córdova (2004).

4.1.3 Autocontrol:

Tabla 16.
Preguntas relacionadas con el autocontrol

[1.1 ¿Has molestado a los demás?]	131
[1.7 ¿Has actuado sin pensar en las consecuencias?]	128
[1.8 ¿Te has metido en más peleas que la mayoría de tus compañeros?]	156
[1.9 ¿Has hecho cosas que consideres peligrosas o riesgosas para ti?]	127
[1.10 ¿Te ha sido difícil permanecer largo rato quieto(a)?]	124
<i>Las puntuaciones bajas reflejan mayores conductas de riesgo</i>	

El autocontrol es un término que se compone de la unión de dos vocablos que provienen de idiomas diferentes: la palabra “auto” procede del griego “*autos*” que se traduce como “sí mismo”, mientras que la palabra “control” emana del francés y es sinónimo de dominio. En consecuencia, el autocontrol se define como la capacidad consciente de regular voluntariamente los impulsos, con el objeto de alcanzar un equilibrio personal y relacional en el manejo de las emociones y la regulación del comportamiento (Bisquerra, 2003).

Aunque el DSM IV-R concibe la falta de control de impulsos como un trastorno que implica: trastorno explosivo intermitente, cleptomanía, piromanía, juego patológico y tricotilomanía, para el CODEU-2 se consideró únicamente el trastorno explosivo, entendido como la incapacidad para controlar los impulsos agresivos, dando lugar a actos violentos que pueden perjudicar al propio sujeto o a los demás, destrucción de la propiedad, ideas intrusivas, concentración deficiente, incapacidad para permanecer quieto, así como patrones de pensamiento obsesivos/compulsivos e irritabilidad (APA, 2002).

En esta sección se tomaron las preguntas del Inventario de Detección de Consumo de Drogas Revisado (DUSI-R, por sus siglas en inglés) y se concentraron indicadores conductuales de agresividad y bajo control de impulsos, dejando fuera las preguntas relativas a alteraciones afectivas (Díaz Negrete, González Sánchez y García Aurrecoechea, 2006). Para fines de la construcción matemática de la variable se sugiere recodificar los valores de respuesta de los diez reactivos ya que las preguntas tienen un sentido matemático inverso a lo esperado; esto es, las calificaciones originales indican que a mayor calificación hay un bajo autocontrol y menor calificación hay mayor autocontrol.

(Arellanez, Beverido, De San Jorge-Cárdenas, Ortiz-León, & Salas-García, Breve manual de calificación de las escalas incluidas en el diagnóstico PERCIBETE 2, 2018)

Tabla 17
Resultados acerca del consumo de alcohol en la muestra

Edad de inicio y Zonas de riesgo según escalas del test AUDIT		Datos numéricos
Edad de inicio		Media =16 años
		67%
Frecuencia del consumo		<i>(31 personas tomaban de dos, cuatro o más veces por semana en adelante)</i>
		52 %
Cantidad consumida promedio		<i>(24 personas tomaban más de 7 copas en adelante)</i>
		61 %

Frecuencia de consumo fuerte o compulsivo	<i>(28 personas tomaban seis o más copas en un mismo día, evento o reunión)</i>
	52 %
Imposibilidad aparente de detener el consumo, una vez había iniciado el mismo	<i>(24 personas reconocen que, durante el último año de consumo, no pudieron dejar de beber una vez habían empezado)</i>
	52 %
Situaciones inconclusas, planes sin concretar debido al consumo	<i>(24 personas reconocieron que, durante el último año de consumo, dejaron situaciones importantes inconclusas, por beber)</i>
	52 %
Sentimiento de culpa por el consumo desmedido	<i>(24 personas reconocen que durante el último año de consumo, se sintieron culpables y con remordimiento, después de haber bebido)</i>
	71 %
Evidencia ante terceros de la necesidad de tratamiento por el consumo	<i>(33 personas reconocieron que algún amigo, familiar o médico se preocupó mucho por la forma en que tomaban y les sugirió que redujeran el consumo)</i>
	56 %
Zona de ubicación según el test AUDIT	<i>(26 personas están en zona 3 y 4)</i>

Fuente: Resultados de investigación. Elaboración propia

Gráfico 3
Categorías en el consumo de alcohol. Test AUDIT

Diferentes categorías abordadas en el consumo de alcohol. Test AUDIT

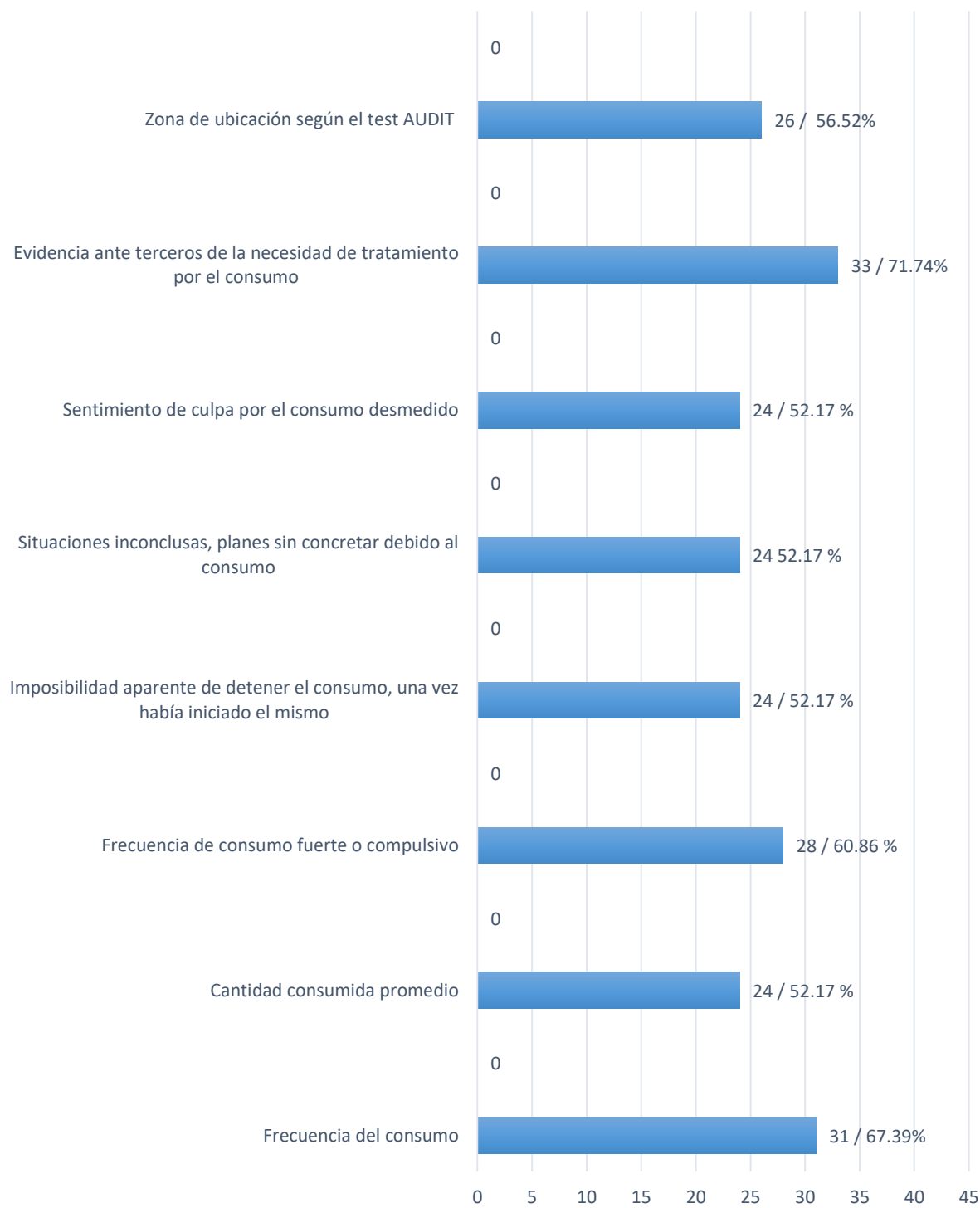


Tabla 18
Análisis de correlación 1

	<i>Disfuncionalidad familiar</i>	<i>Zona de diagnóstico AUDIT</i>
Disfuncionalidad familiar	1	
Zona de diagnóstico AUDIT	0.341243632	1
	Correlación positiva baja	

Fuente: Resultados de investigación. Elaboración propia

La adaptabilidad, vida en común, participación, vinculación emocional, resolución de conflictos y conductas disruptivas, propias de la funcionalidad familiar, se ven comprometidas en los casos abordados, ya que los resultados de la investigación demuestran que *37 personas, o el 80.43 % de personas se encuentran con un funcionamiento familiar, leve, grave y muy grave, lo cual se identifica en la investigación como “disfuncionalidad familiar”, y mantiene una correlación de influencia, positiva con el diagnóstico de presencia de problemas en el consumo, por parte del test AUDIT.*

Por lo anterior se infiere que la comunicación en el seno de las familias, de los pacientes que integraron la muestra distó de ser clara, directa, específica y congruente, como la teoría de la funcionalidad familiar lo sugiere.

Además, las respuestas obtenidas en los ítems del instrumento relacionados con la individualidad, toma de decisiones y autonomía respetada, sugieren que era inflexible y centralizada

Tabla 19
Análisis de correlación 2

<i>Nivel de autoestima</i>		<i>Zona de diagnóstico AUDIT</i>
Nivel de autoestima	1	
Zona de diagnóstico AUDIT	0.217253886	1
Correlación positiva baja		

Fuente: Resultados de investigación. Elaboración propia

La autoestima, asociada con actitudes, sentimientos y conocimientos respecto de las propias capacidades, además de habilidades, apariencia y aceptabilidad social, implica juicios que permiten conocerse, reconocerse y definirse.

Al existir bajos niveles de autoestima se experimenta conflicto de competencia social, en el sentido de “ser competente o no” para afrontar la toma de decisión acerca de conductas que pueden resultar autodestructivas para los adultos de la muestra, quienes identificaban los problemas físicos y psicosociales derivados del consumo, pero carecían de estrategias fuertes de afrontamiento para detener la ingesta y proteger su ser.

El nivel de autoestima bajo, implica una dificultad para tener una visión objetiva, propia, de los aspectos anteriormente mencionados, y por medio de la correlación obtenida se pone en evidencia que hay una relación directa entre el nivel bajo de autoestima y la presencia de problemas asociados al consumo de alcohol en el 36.95% de las personas que evidenciaron poseer autoestima baja y muy baja.

Tabla 20
Análisis de correlación 3

	<i>Depresión</i>	<i>Zona de diagnóstico AUDIT</i>
Depresión	1	
Zona de diagnóstico AUDIT	0.330772716	1
	Correlación positiva baja	

Fuente: Resultados de investigación. Elaboración propia

Entre los resultados que la investigación aportó, se encuentra una cifra preocupante, 35 personas o el 76.08% de casos presentan indicios de depresión.

La depresión, como se mencionó en el componente teórico que sustenta cada variable operacional, es un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por un conjunto de síntomas de predominio afectivo, como: sentimientos de abatimiento, apatía, infelicidad y culpabilidad. Se evidencio que existe una correlación positiva baja, de mutua influencia entre los problemas asociados al consumo del alcohol y los indicios de depresión.

En este momento es necesario aclarar que para descartar la patología dual es necesario profundizar en el diagnóstico de la depresión de los integrantes de la muestra, ya que el instrumento, por medio del uso de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, la cual contiene una subescala específica para detectar síntomas de depresión, presenta resultados que deberán ser confirmados clínicamente por un especialista, para un mejor abordaje psico-farmacológico.

Tabla 21
Análisis de correlación 4

	<i>Disfuncionalidad familiar</i>	<i>Depresión</i>
Disfuncionalidad familiar	1	
Depresión	0.237392199	1
	Correlación positiva baja	

Fuente: Resultados de investigación. Elaboración propia

En este caso se evidenció que dos de las variables de estudio, aparte de la influencia que pudiesen tener como factor de riesgo (predisponente o desencadenante) de la elección del consumo del alcohol, y la alta probabilidad demostrada de presentar problemas asociados al consumo, también tiene interdependencia en el aspecto psicológico y socio-cultural, ya que el análisis de correlación demuestra que existe un crecimiento, e interdependencia mutua, entre la disfuncionalidad familiar y los índices de presencia de síntomas de depresión entre los integrantes de la muestra.

5.Capítulo 5, conclusiones y recomendaciones.

5.1 Conclusiones:

1. Los objetivos generales de la investigación tanto el objetivo general #1 que implicaba determinar la influencia de los factores de riesgo, (predisponentes y desencadenantes) en la elección de consumo de alcohol (se obviaron los resultados de marihuana y cocaína, por ser poco significativos en la muestra) en un segmento específico de la población guatemalteca, como el objetivo general # 2 que implicaba generar un sistema de insumos de análisis, que sirviese de base para fundamentar acciones relacionadas al abordaje, conocimiento, prevención y psicoterapia de las conductas adictivas, fueron abordados y cumplidos según lo planificado.
2. Los resultados de la investigación servirán como fundamento para afrontar de forma parcial, las necesidades terapéuticas de un segmento de la población guatemalteca que presenta trastornos por uso de sustancias, convirtiéndose en un micro sistema específico de datos para comprender las particularidades de la muestra abordada.
3. La investigación determinó que la sustancia de mayor impacto en el ámbito local lo sigue siendo, por mucho, el alcohol. La totalidad de la muestra afirmó haber tenido consumo de alcohol, con una marcada tendencia al consumo compulsivo, tanto en frecuencia, en cantidad promedio consumida y en la aparente imposibilidad de detener el consumo, una vez se iniciaba el mismo. Además, experimentaban complicaciones como situaciones familiares y laborales inconclusas y profundo sentimiento de culpabilidad por la dinámica

de su consumo. Es necesario recordar lo afirmado por la OPS en 2,015, acerca del alcohol, en Guatemala: Entre 2007 y 2009, un promedio de 22.3 en 100 mil muertes, por año, se debieron a causas relacionadas con su consumo. Si se utilizan las técnicas de análisis prospectivo, se evidencia que esa cifra puede ser incrementada de forma exponencial con las nuevas estrategias de difusión publicitaria y la psico-educación basada en la cultura del consumo.

4. Existe correlación positiva entre la disfuncionalidad familiar, el nivel de autoestima, la depresión y la zona de diagnóstico de problemas de consumo de alcohol, en los datos resultantes de la aplicación del instrumento CODEU-2, y las sub-escalas relacionadas a las variables mencionadas. Dichas variables se convierten en factores de riesgo o predisponentes a la elección del consumo, en la medida en que su presencia se asocia a los problemas por uso de alcohol en los individuos que formaron la muestra.
5. Dicha correlación servirá de fundamento para una propuesta de intervención estratégica que busque fortalecer, tanto en el aspecto terapéutico, como en el aspecto preventivo, las áreas en las cuales se puede intervenir por medio de procesos psicoeducativos.
6. El estudio de los factores de riesgo asociados al consumo es trascendental, dado a que los factores de riesgo se entienden como variables cuya presencia incrementa la probabilidad de consumo de un individuo. Muchas de las investigaciones abordadas en la fundamentación teórica de la investigación coinciden en que el consumo de sustancias “intenta satisfacer” -en el individuo- alguna necesidad física, psicológica o social. Por lo tanto, es necesario comprender que la dificultad de una persona para satisfacer

estas necesidades, por otros medios, explica sus conductas adictivas. Y, por consiguiente, cualquier intento preventivo o terapéutico, bajo el enfoque psicológico-individualista, debe enfocarse en ese “vacío” de la construcción psicosocial de los individuos (fundamento principal de la propuesta) y el enfoque primordial será proporcionar herramientas personales de afrontamiento de dicho vacío y de alternativas para que el individuo o el conglomerado encuentre o construya formas sanas o “no-dañinas” de satisfacer las necesidades mencionadas.

7. Los factores de riesgo son variables multi-dimensionales, relacionadas con diferentes áreas de influencia para el humano como lo son los factores genéticos, factores constitucionales, factores psicológicos, factores familiares, las representaciones sociales (influencia de pares, entorno escolar y comunitario) y por lo tanto demandan –para su estudio y atención integral- un enfoque eminentemente multi-disciplinario.
8. Para contar con la claridad metodológica necesaria, es imperante profundizar en la adaptación del instrumento utilizado, aplicar un análisis de ítems, a detalle, y tecnificar los respectivos procesos de adaptación y baremación del instrumento, para tener resultados confiables -en función del contexto multicultural guatemalteco- desde una postura psicológica, antropológica y social.

7.2.Recomendaciones:

Al Centro Integral de Tratamiento Ambulatorio en Adicciones, del Departamento de Práctica Psicológica de la Escuela de Ciencias Psicológicas:

1. Es necesario priorizar y enfocar las acciones preventivas hacia el alcohol, la sustancia que han demostrado tener mayor impacto social, basados en la evidencia empírica encontrada en la presente investigación, lo cual demanda acciones focalizadas de prevención y atención integral.
2. Una de las acciones sugeridas es implementar un programa integral de atención a los pacientes que presentaron trastornos por uso de sustancias (TUS), especialmente de alcohol. El mismo será dirigido a la población del Centro Integral de Tratamiento Ambulatorio en Adicciones.
3. El componente primordial del programa será el trabajo terapéutico psico-educativo que incluirá el fortalecimiento de las variables abordadas en el presente estudio correlacional, como una estrategia de prevención de la recaída, y que pueda ser extensivo a las familias de los pacientes, para que también contemple acciones de cambio, en las áreas relacionadas a los factores de riesgo abordados en la investigación, para la prevención del uso y abuso de sustancias, como parte de un esfuerzo de atención integral.

A la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas (SECCATID):

4. Tomando en cuenta el carácter multi-disciplinario del estudio de los factores de riesgo de las conductas adictivas y luego del análisis de fuerzas y del nivel de influencia jerárquica de la institución, se propone -a nivel interno de la CCATID-realizar una doble segmentación, donde las entidades que priorizan

el tema de la reducción de la oferta, y las entidades que priorizan el tema psico-educativo de la reducción de la demanda tomen distancia y se enfoquen en sus respectivos campos de acción, y bifurquen sus acciones.

5. Para lo mismo es necesario potenciar económicamente los presupuestos o los esfuerzos de gestión y que las decisiones relacionadas a la prevención y al tratamiento integral, bajo el enfoque psicológico-individualista, no sean opacadas por los esfuerzos de incautación, seguridad ciudadana, uso de la fuerza policial o militar, afines al paradigma prohibicionista y permitan destacar los aportes científicos-académicos-multi-disciplinarios que podrían tener incidencia en la población y que vayan, paulatinamente, logrando cambios drásticos en los tipos de elección de la población guatemalteca.
6. Es imperante actualizar el contenido de la política pública nacional #54, denominada “Política Nacional Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas” y en el análisis de la misma es imperante utilizar la asesoría de especialistas nacionales e internacionales, en el tema de las adicciones, pero también es necesario incluir personal del área financiera estatal para que emitan dictamen sobre la factibilidad de los cambios a realizar, para no tener un instrumento efectivo en la teoría, pero irrealizable de forma concreta.

A los encargados del diseño curricular de las 15 instituciones superiores de Guatemala, reconocidas al año 2,019, que impartan la carrera de Psicología o Psicometría:

7. Incluir o fortalecer dentro de sus planes de estudio (en el caso de que posean facultades o escuelas relacionadas con el área temática) acciones relacionadas al estudio, diseño y capacitación en lo que respecta a los

instrumentos psicométricos. Ya que su uso, adaptación y difusión en el ámbito académico local incidirá, a futuro, en la claridad metodológica necesaria para que los especialistas y entidades relacionados con el abordaje de las conductas adictivas hagan el necesario proceso de intelección, y así se trasladen del ámbito de la opinión al uso de la razón numérica, objetiva y apegada a la realidad nacional -medible y cuantificable- y sus estrategias de afrontamiento de la problemática sean claras y efectivas, basadas en evidencia empírica local.

Anexos.

6. Propuesta de intervención:

“Riesgo, recaída y consumo de alcohol, en adultos guatemaltecos”

Abordaje terapéutico para mantener la abstinencia y prevenir la recaída en abuso de alcohol; además de fomentar la psico-educación preventiva en las respectivas familias de adultos guatemaltecos asistentes al *Centro Integral de Tratamiento Ambulatorio en Adicciones, del Departamento de Práctica Psicológica de la Escuela de Ciencias Psicológicas.*

6.1 Análisis de participantes.

El proyecto se ejecutará en el Departamento de Práctica, de la Escuela de Ciencias Psicológicas, Centro Universitario Metropolitano (CUM) de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en la población del Centro Integral de Tratamiento Ambulatorio en Adicciones (CITAA).

Los actores relevantes serán los pacientes del mencionado centro, que deseen formar parte del proyecto de prevención de la recaída y de psico-educación preventiva para sus familias.

A continuación, se hace un análisis de todos los involucrados:

Tabla 22
Análisis de participantes

Grupos	Intereses	Problemas Percibidos	Recursos y Mandatos
Pacientes (Beneficiarios directos)	<p>Se espera que en cualquier alternativa de tratamiento – efectivo- para personas que han presentado Trastornos por uso de Sustancias (TUS) haya un interés implícito por la naturaleza del trabajo terapéutico a realizar.</p> <p>Mantenimiento de la abstinencia.</p> <p>Prevención de la recaída</p> <p>Rol activo en el desarrollo psico-social y económico del núcleo familiar</p>	<p>Limitaciones de participación (en el horario aprobado por la institución) por razones de trabajo en relación de dependencia.</p> <p>Limitaciones en la movilidad y/o transporte.</p>	<p>Política Nacional contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas (Política No. 54. Guatemala)</p> <p>Constitución de la República de Guatemala.</p> <p>El Código de Salud, Decreto No. 90-97.</p> <p>El Código Procesal Penal, Decreto No. 51-92.</p> <p>La Ley Contra la Narcoactividad, Decreto No. 48-92 de octubre de 1992 y las modificaciones del Decreto No. 32-99 de agosto de 1999.</p> <p>.</p>
Familiares cercanos de los pacientes (Esposa e hijos adolescentes) (Beneficiarios indirectos)	<p>Mejora del proceso de interrelación familiar</p> <p>Prevención de la repetición de ciclos de problemas por consumo.</p> <p>Cierres de situaciones familiares emocionales inconclusas por el</p>	<p>Tiempos de participación en las actividades</p> <p>Fricciones implícitas en las familias de los pacientes que hayan presentado TUS</p>	<p>Constitución de la República de Guatemala.</p> <p>El Código de Salud, Decreto No. 90-97.</p> <p>El Decreto No. 47-96, declara de interés nacional el rescate del niño, niña y adolescente alcohólico.</p>

	consumo previo de los padres o madres.		La Ley de Protección al Menor en Situación de Riesgo de Drogadicción, Decreto No. 26-96, reformado por el Decreto No. 31-97.
Institución (Departamento de Práctica, de la Escuela de Ciencias Psicológicas, Centro Universitario Metropolitano (CUM) de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Integral de Tratamiento Ambulatorio en Adicciones (CITAA).		<p>Gestión política que el proyecto implica y que debe llevar a cabo, de forma organizada, dado a la naturaleza de la estructura jerárquica universitaria.</p> <p>Toma de decisiones</p> <p>Limitaciones Financieras.</p> <p>Disponibilidad de espacio para la realización de charlas, talleres y sesiones de terapia grupal y familiar.</p> <p>Limitaciones materiales, de espacio y/o recurso humano.</p> <p>Falta de política universitaria de atención a población que presenta problemas de consumo de sustancias.</p>	<p>Ley Orgánica de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Decreto Número 325.</p> <p>Estatuto de la Universidad de San Carlos de Guatemala (Nacional y Autónoma).</p> <p>Reglamento Interior del Consejo Superior Universitario.</p>

En este punto es preciso recordar la teoría de los aportes de Camacho, Cámara, y Cascante, quienes afirman que:

“...Evidentemente, la determinación de los presuntos beneficiarios es una decisión de tipo político, más que técnico. No hay ningún criterio técnico que pueda determinar quién o quiénes deben convertirse en beneficiarios de un proyecto.

Muy a menudo, percibimos en el seno de las instituciones en las que trabajamos, resistencias a la hora de tomar decisiones que implican una determinada opción de carácter esencialmente político o, mejor dicho, lo que percibimos es una cierta resistencia a hacerlas explícitas.” (Camacho, Cámara, & Cascante, 2001)

El proyecto, en sí, no es de naturaleza acusatoria, por lo que después del tiempo necesario para que quienes toman decisiones lo conozcan, no implicará largos períodos de espera para poderse implementar.

Resistencias:

Acá es necesario retomar las anotaciones de Zarza et al (2011), quienes indican que “...*Algunos pacientes no quieren implicar a su familia, o a ciertos miembros de su familia, particularmente a aquellos que son muy críticos con ellos o con quienes se sienten controlados. El paciente siempre es el que finalmente decide a quién implicar y dará o no permiso escrito para establecer una comunicación fluida con sus familiares.*

Siempre se recomienda al paciente que al menos los deje participar en las sesiones educativas porque el cambio de actitud del familiar favorece las relaciones y disminuye el criticismo y el control extremo del familiar al paciente.

De la misma forma, algunos familiares tampoco quieren formar parte del proceso de tratamiento por diferentes motivos, entre ellos el distrés emocional que han venido soportando”. (Zarza González, y otros, 2011)

Síntesis de resultados de la investigación

En la misma se determinó que la sustancia de mayor impacto en el ámbito local lo sigue siendo, por mucho, el alcohol. La totalidad de la muestra afirmó haber tenido

consumo de alcohol, con una marcada tendencia al consumo compulsivo, tanto en frecuencia, en cantidad promedio consumida y en la aparente imposibilidad de detener el consumo, una vez se iniciaba el mismo. Además, experimentaban complicaciones como situaciones familiares y laborales inconclusas y profundo sentimiento de culpabilidad por la dinámica de su consumo.

Existe correlación positiva entre la disfuncionalidad familiar, el nivel de autoestima, la depresión y la zona de diagnóstico de problemas de consumo de alcohol, en los datos resultantes de la aplicación del instrumento CODEU-2, y las sub-escalas relacionadas a las variables mencionadas.

Dicha correlación servirá de fundamento para una propuesta de intervención estratégica que busque fortalecer, tanto en el aspecto terapéutico, como en el aspecto preventivo, las áreas en las cuales se puede intervenir por medio de procesos psicoeducativos.

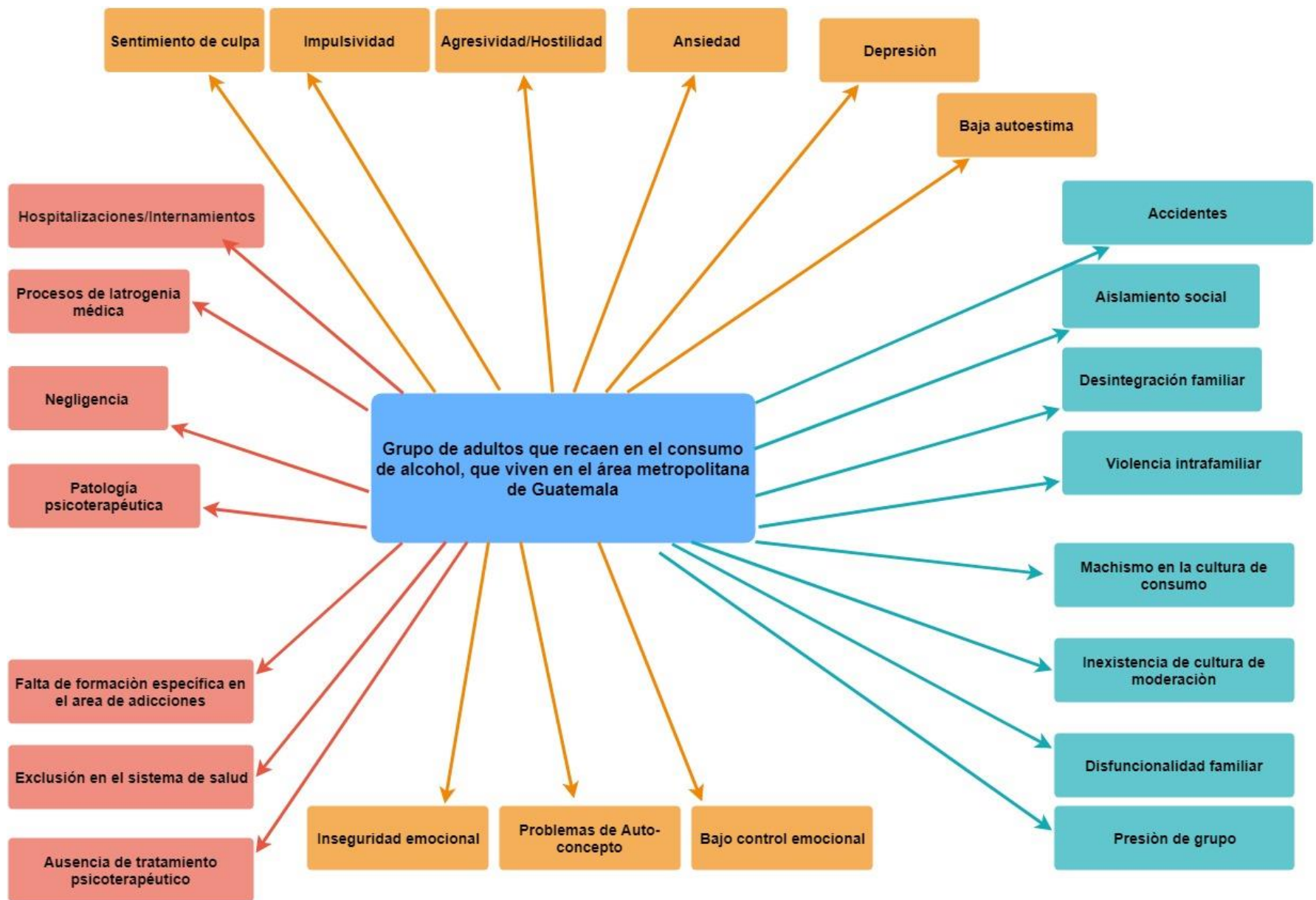
6.2 Análisis de problemas.

Para delimitar el problema, es necesario considerar los aportes de Clayton, (como se citó en Becoña, 2002) al respecto: *“...Se entiende por factor de riesgo «un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)».*

El problema priorizado será el análisis de la influencia que ejercen algunas variables psicosociales tales como la disfuncionalidad familiar, el autoconcepto (autoestima), la depresión y el autocontrol -como factores de riesgo- para predisponer o desencadenar la decisión de los adultos guatemaltecos para consumir alcohol, y para tener problemas sociales, familiares, médicos y psicológicos, como resultado de dicho consumo.

Gráfica 4

Árbol de problemas



6.3 Análisis contextual y diagnóstico.

Los participantes, como se mencionó en el inciso 1, serían adultos, en el contexto urbano, con un perfil socio-cultural-lingüístico, común a la Ciudad Guatemala.

Con pacientes que de preferencia sean emprendedores, trabajen por su cuenta, o en relación de dependencia, pero que cuenten con disponibilidad de horario (para coincidir con los horarios aprobados por la institución), de cualquier sexo, adultos, mayores de edad (en los beneficiarios directos); sus parejas, además de los hijos adolescentes de los pacientes (beneficiarios indirectos).

En cuanto a los niveles prioritarios de la intervención se sugiere atender a pacientes que presentan abstinencia de consumo, para ser incluidos en el programa terapéutico integrativo, preventivo de la recaída. El mismo implica el abordaje de variables psicológicas individuales, que se constituyen en factores de riesgo o consumo, y/o recaída, además del componente familiar y psicosocial (para mejorar el funcionamiento familiar, o el afrontamiento ante la presión social de pares y mercadológica acerca del consumo).

Es necesario aclarar que la recaída se aborda como *“...una falla en el intento de la persona por mantener el cambio en cualquier conducta. Para Parks y Marlatt,(2000) en el caso de las adicciones, la recaída es considerada como cualquier uso de la sustancia adictiva después de un periodo de abstinencia.*

Sin embargo, otros autores usan el término de caída, que es un solo evento de consumo que puede o no llevar a un estado de recaída; la recaída implica una

pérdida de control sobre la conducta adictiva y el regreso al patrón de consumo anterior (Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson, 1986)." (Barragán, Flores, Ramírez, & Ramírez, 2008)

Al mismo tiempo se contempla un involucramiento preventivo de los familiares de dichos pacientes (en este caso las respectivas parejas y los hijos adolescentes de las personas que presentaron trastornos inducidos por sustancias o por abuso de las mismas) para trabajar aspectos de re-modelamiento de conductas a lo interno de la familia, mejoramiento del funcionamiento familiar, prevención primaria o secundaria, en los casos que lo ameriten; además de prevención psicoeducativa de afrontamiento ante la presión de pares y entorno social mercadológico.

Ya que *"...en un análisis de episodios de recaída obtenido de usuarios con una variedad de conductas adictivas, se identificaron tres situaciones de alto riesgo, asociadas con al menos el 70% de las recaídas reportadas, las cuales fueron los estados de emociones negativas, los conflictos interpersonales y la presión social (Cummings, Gordon & Marlatt, 1980)."* (Barragán, Flores, Ramírez, & Ramírez, 2008)

La institución seleccionada es el Centro Integral del Tratamiento Ambulatorio de Adicciones (CITAA), dependiente jerárquica y administrativamente del Departamento de Práctica, ubicado en el Centro Universitario Metropolitano, en el cuarto nivel edificio A, salón 408; de la Escuela de Ciencias Psicológicas (9 Av. 9-45 Zona 11, Ciudad de Guatemala).

En el mismo se brinda atención psicológica individual y se manejan programas grupales atendiendo a la población que lo solicita y a quienes son referidos por

asuntos legales, en donde el sistema judicial guatemalteco exige una intervención clínica.

Se presta atención profesional por medio de expertos quienes refieren los casos a los diferentes programas de atención y así mismo a la atención individual que es brindada por estudiantes que realizan la práctica profesional supervisada, siendo la finalidad de este centro la atención y servicio a la población mas no la de generar ingresos para el mismo.

(Valdez & Barrientos, 2016)

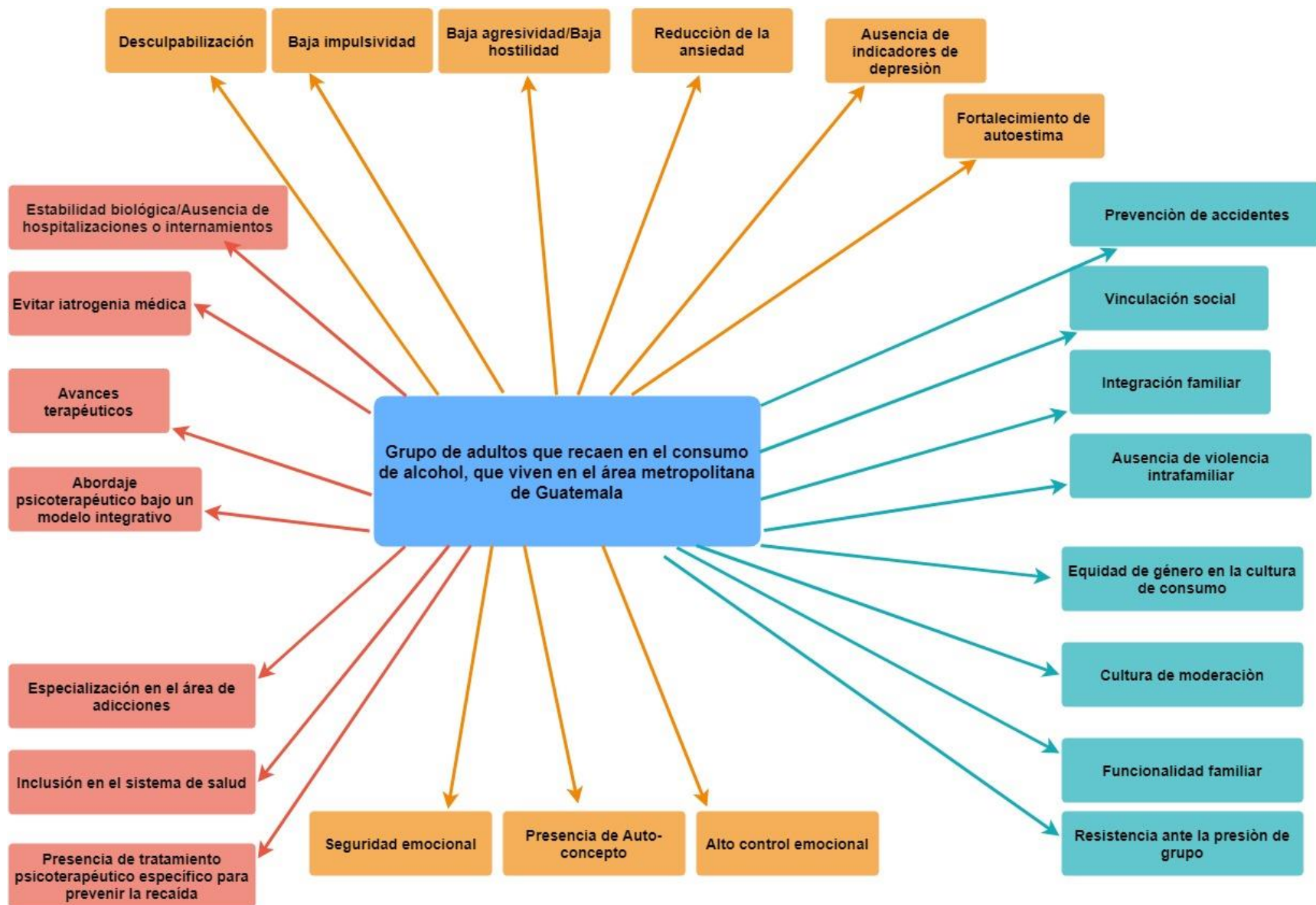
Aunque carecen de programas de atención, enfocados directamente a prevenir la recaída y mantener la abstinencia, a grupos grandes de pacientes. Además, solo se imparte terapia en modalidad individual y no grupal, ya que su disponibilidad de espacio es mínima y el involucramiento de las familias de los pacientes es mínimo.

6.4 Análisis de objetivos/opciones.

En este punto se traslada la información “problematizada” hacia acciones concretas, alcanzables y realizables, que se constituirán en la columna vertebral de la intervención. En otras palabras: ideas, estrategias, y alternativas de acción - consistente- para el abordaje y solución de dichos problemas. Lo cual se describe, de forma visual, a continuación:

Gráfica 5

Análisis de objetivos



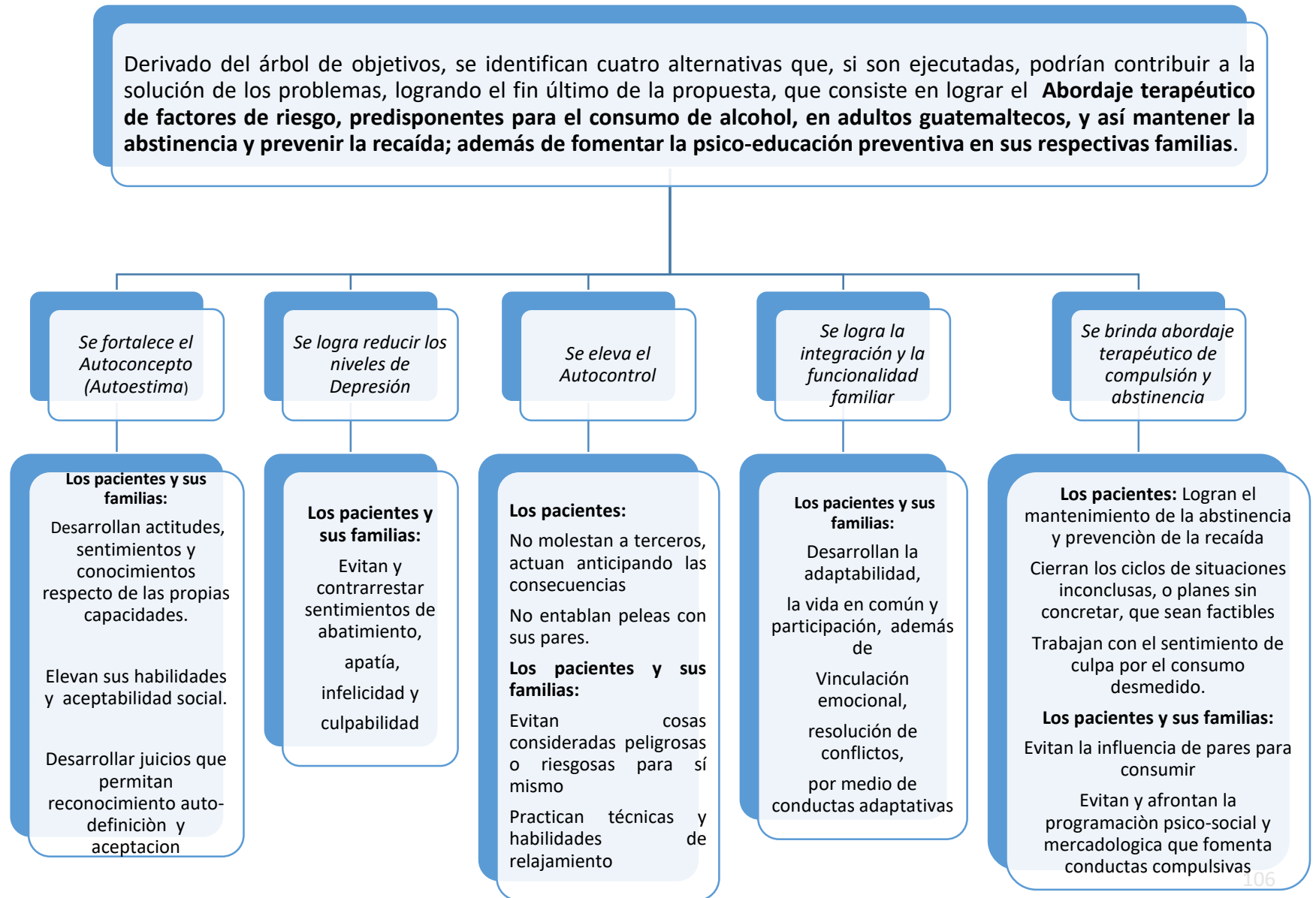
Objetivo General:

- **Intervención en factores de riesgo (predisponentes o desencadenantes) de la elección del consumo de alcohol, en adultos guatemaltecos, para mantener la abstinencia y prevenir la recaída en abuso de alcohol; además de fomentar la psico-educación preventiva en sus respectivas familias.**

Objetivos específicos:

- Desarrollar intervención terapéutica sobre factores psicológicos, en adultos guatemaltecos, para mantener la abstinencia y prevenir la recaída en abuso de alcohol, de dichos participantes.
- Desarrollar intervención psicoeducativa-preventiva sobre factores psicológicos, en las familias de los participantes.
- Desarrollar intervención terapéutica sobre factores socio-culturales, en adultos guatemaltecos, para mantener la abstinencia y prevenir la recaída en abuso de alcohol, de dichos participantes.
- Desarrollar intervención psicoeducativa-preventiva sobre factores socio-culturales, en las familias de los participantes.

6.5 Análisis de opciones.



Es necesario establecer la viabilidad de las alternativas señaladas, considerando criterios como recursos materiales, humanos, tiempo estimado para el logro de objetivos, riesgos, probabilidades para el logro de los objetivos y vinculación con los beneficiarios.

Tabla 23
Viabilidad de opciones/alternativas

Alternativas	Opción 1	Opción 2	Opción 3
	Panorama ideal	Panorama medio	Panorama limitado
Involucramiento institucional	<p>La institución acepta la gestión realizada, aprueba el proyecto, gira instrucciones a donde corresponda y asigna recursos materiales, humanos y económicos para la realización de mismo.</p> <p>Colabora con la gestión inter-institucional para difundir e involucrar a otras instancias en replicar el proyecto en otras unidades académicas/terapéuticas.</p> <p>La institución integra el proyecto a su planificación de atención permanente anual.</p> <p>Designa recursos humanos y materiales para que profesionales de la institución se capaciten en el extranjero para retroalimentar y lograr crecimiento terapéutico, alrededor del proyecto.</p>	<p>La institución acepta la gestión realizada, aprueba el proyecto, gira instrucciones a donde corresponda y asigna recursos materiales, humanos y económicos para la realización de mismo.</p> <p>Colabora con la gestión inter-institucional para difundir e involucrar a otras instancias en replicar el proyecto en otras unidades académicas/terapéuticas.</p>	<p>La institución acepta la gestión realizada, aprueba el proyecto, gira instrucciones a donde corresponda, sin involucrarse en ningún otro aspecto material o humano, para la realización de mismo.</p>

	La institución realiza gestión ante el gobierno para lograr que se convierta en un programa de atención a la comunidad, con fondos y cobertura estatal.		
Recursos Materiales	<p>Espacio físico en el Departamento de Práctica, de la Escuela de Ciencias Psicológicas, Centro Universitario Metropolitano (CUM) de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Integral de Tratamiento Ambulatorio en Adicciones (CITAA) (4o. nivel, Edificio A).</p> <p>Mobiliario y equipo de oficina.</p> <p>Material de apoyo (gráfico, impreso) para los participantes del proyecto y sus familiares.</p> <p>Auditórium del Edificio A para charlas masivas.</p> <p>Aula virtual del 1er. Nivel, Edificio B, para charlas, conferencias, videoconferencias interactivas, con especialistas nacionales e internacionales.</p> <p>Otros espacios físicos que puedan ser de utilidad para las finalidades del proyecto</p> <p>Equipo de cómputo, equipo de proyección, equipo de audio, equipo de comunicación (cámara de video, fotográfica, grabadoras de audio digital, apuntador, controles remotos varios, baterías de respaldo).</p> <p>Vehículos para traslado de personal, y/o para los integrantes del proyecto y sus familias.</p>	<p>Espacio físico en el Departamento de Práctica, de la Escuela de Ciencias Psicológicas, Centro Universitario Metropolitano (CUM) de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Integral de Tratamiento Ambulatorio en Adicciones (CITAA) (4o. nivel, Edificio A).</p> <p>Mobiliario y equipo de oficina.</p> <p>Material de apoyo (gráfico, impreso) para los participantes del proyecto y sus familiares.</p> <p>Auditórium del Edificio A para charlas masivas.</p> <p>Aula virtual del 1er. Nivel, Edificio B, para charlas, conferencias, videoconferencias interactivas, con especialistas nacionales e internacionales</p>	<p>Espacio físico en el Departamento de Práctica, de la Escuela de Ciencias Psicológicas, Centro Universitario Metropolitano (CUM) de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Integral de Tratamiento Ambulatorio en Adicciones (CITAA) (4o. nivel, Edificio A).</p> <p>Material de apoyo (gráfico, impreso) para los participantes del proyecto y sus familiares.</p> <p>Mobiliario básico.</p>

Recursos Humanos	<p>Maestrando (Profesional a cargo del proyecto).</p> <p>Contratación de equipo de trabajo/apoyo al profesional encargado del proyecto (3 personas)</p> <p>Personal de apoyo (Estudiantes/practicantes de la segunda cohorte de la Maestría en Prevención y Atención Integral de Conductas Adictivas)</p> <p>Personal de la Dirección de la Escuela de CC. Psicológicas. (Apoyo secretarial, en gestión y en informática)</p> <p>Personal del Departamento de Practica.</p> <p>Personal de vigilancia, logística, transporte y mantenimiento de la Escuela de CC Psicológicas y del Centro Universitario Metropolitano.</p>	<p>Maestrando (Profesional a cargo del proyecto).</p> <p>Personal de la Dirección de la Escuela de CC. Psicológicas. (Apoyo secretarial, en gestión y en informática)</p> <p>Personal del Departamento de Practica.</p> <p>Personal de vigilancia, logística, transporte y mantenimiento de la Escuela de CC Psicológicas y del Centro Universitario Metropolitano.</p> <p>Personal de apoyo (Practicantes de la segunda cohorte de la Maestría en Prevención y Atención Integral de Conductas Adictivas)</p>	<p>Maestrando (Profesional a cargo del proyecto).</p> <p>Personal del Departamento de Practica.</p> <p>Personal de vigilancia, logística, transporte y mantenimiento de la Escuela de CC Psicológicas y del Centro Universitario Metropolitano.</p>
Tiempo estimado para el logro de los objetivos	1 año, renovable, cada inicio de ciclo lectivo	1 año	1 año
Riesgos	<p>Todo sale de acuerdo a lo planificado.</p> <p>El riesgo principal, que se puede asumir, sería el no encontrar apoyo financiero, ni de gestión para renovar el proyecto.</p> <p>También se puede enfrentar el no disponer de espacios alternativos o de equipo de trabajo complementarios.</p> <p>Otro riesgo sería la no participación de la segunda</p>	<p>Complicaciones en los pacientes para cumplir con horarios programados con citas y actividades, al igual que sus familias.</p> <p>Dificultades de desplazamiento para las diferentes actividades programadas en diferentes espacios gestionados.</p> <p>Falta de recursos económicos para apoyar el proyecto, o falta de</p>	<p>Resistencia o fricciones implícitas en las familias de los pacientes que hayan presentado TUS, así como las complicaciones laborales y económicas que pudiesen representar alguna dificultad logística para asistir a sesiones presenciales.</p>

	<p>cohorte, en el caso de su posible inexistencia</p>	<p>voluntad política para apoyar la gestión de financiamiento externo, renovación de plazos, contratación de personal, o asignar personal de la Dirección, Escuela o Centro Universitario Metropolitano, al igual que espacios físicos varios para realizar el proyecto.</p> <p>Incompatibilidad de posturas terapéuticas entre el Departamento de Práctica o el Centro de Tratamiento y los encargados del proyecto.</p>	<p>Con respecto a la institución, es necesario considerar la disponibilidad de espacio para la realización de charlas, talleres y sesiones de terapia grupal y familiar.</p> <p>Falta de compromiso económico, de espacio y de personal, de parte de la institución.</p> <p>Incompatibilidad de posturas terapéuticas entre el Departamento de Práctica o el Centro de Tratamiento y los encargados del proyecto</p> <p>Resistencia del personal de la Dirección, del Departamento de Práctica, De CITAA, de la Esc. De CC. Psicológicas, para apoyar la realización del proyecto.</p>
Probabilidades para el logro de los objetivos	<p>Altas, al contar con todo el apoyo económico, logístico, humano y material para la realización del proyecto.</p> <p>Altas, si se realiza una adecuada mediación con los participantes del proyecto y sus familiares.</p> <p>Probabilidades altas de renovación de compromisos y de gestión externa, al mercadear de forma adecuada las</p>	<p>Medias, si se realiza una adecuada mediación con los participantes del proyecto y sus familiares.</p> <p>Medias, al contar con apoyo económico, logístico, humano y material, parcial para la realización del proyecto.</p>	<p>Medias, en caso de contar con resistencia del personal de la Dirección, del Departamento de Práctica, De CITAA, de la Esc. De CC. Psicológicas, para apoyar la realización del proyecto.</p>

	<p>características principales del proyecto.</p> <p>Altas, de contar con la posibilidad de contar con equipos de apoyo variado y posibilidades de capacitación interna y externa para los mismos</p>		
Vinculación con los beneficiarios	<p>Se benefician del proyecto tanto los pacientes, como sus familiares, incluso algunos conocidos de los mismos, para futuras referencias al proyecto.</p> <p>Se beneficia del proyecto la institución, por la vinculación externa interinstitucional, además por el fortalecimiento del clima laboral en el Departamento de Práctica y los demás departamentos involucrados, al llevar a cabo el proyecto de forma exitosa.</p> <p>Se beneficia directamente el Centro Integral de Tratamiento Ambulatorio en Adicciones (CITAA), al implementar un proyecto de atención, susceptible de convertirse en programa apoyado por la propia dirección, y probablemente por instancias gubernamentales o internacionales, superiores, relacionadas al tema de tratamiento de consumo de sustancias o prevención.</p> <p>El profesional a cargo realiza y sustenta investigación académica que incide en el posicionamiento nacional e internacional de producto investigativo, realizado en el contexto nacional, específicamente bajo el amparo de la Universidad de San Carlos de Guatemala.</p>	<p>Se benefician del proyecto tanto los pacientes, como sus familiares, incluso algunos conocidos de los mismos, para futuras referencias al proyecto.</p> <p>Se beneficia directamente el Centro Integral de Tratamiento Ambulatorio en Adicciones (CITAA), al implementar un proyecto de atención, susceptible de convertirse en programa apoyado por la propia dirección, y probablemente por instancias gubernamentales o internacionales, superiores, relacionadas al tema de tratamiento de consumo de sustancias o prevención.</p> <p>El profesional a cargo realiza y sustenta investigación académica que incide en el posicionamiento nacional e internacional de producto investigativo, realizado en el contexto nacional, específicamente bajo el amparo de la Universidad de San Carlos de Guatemala.</p>	<p>Se benefician del proyecto tanto los pacientes, como sus familiares, incluso algunos conocidos de los mismos, para futuras referencias al proyecto.</p> <p>El profesional a cargo realiza y sustenta investigación académica que incide en el posicionamiento nacional e internacional de producto investigativo, realizado en el contexto nacional, específicamente bajo el amparo de la Universidad de San Carlos de Guatemala.</p>

En este punto se reconoce, de antemano, que la opción 1 es la que se considera ideal, adecuada y efectiva, y que pudiera responder de forma integral ante las necesidades tanto de la población, como de las instituciones involucradas, pero de igual forma se establecen los niveles de contingencia necesarios para llevar adelante el proyecto con cualquiera de los tres panoramas de acción probables.

6.6 Marco conceptual.

La intervención a realizar, en la presente propuesta, demanda que se aislen únicamente cuatro variables, descritas con anticipación en el apartado de los objetivos de trabajo.

Siendo estas:

El funcionamiento familiar, entendido como “...el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia. Se explica por los distintos procesos del cambio que pueden facilitar y promover la adaptación de la familia a una situación determinada. Implica el conjunto de atributos que caracterizan a la familia como sistema y que explican las regularidades encontradas en la forma cómo opera, evalúa o se comporta.

La depresión, la cual proviene del vocablo latín “depressio” que significa “opresión”, “encogimiento” o “abatimiento”. Es un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por un conjunto de síntomas de predominio afectivo, como: sentimientos de abatimiento, apatía, anhedonia, infelicidad y culpabilidad.

La autoestima, asociada con actitudes, sentimientos y conocimientos respecto de las propias capacidades, además de habilidades, apariencia y aceptabilidad social, implica juicios que permiten conocerse, reconocerse y definirse.

Y, por último, el autocontrol; término que se compone de la unión de dos vocablos que provienen de idiomas diferentes: la palabra “auto” procede del griego “autos” que se traduce como “sí mismo”, mientras que la palabra “control” emana del francés y es sinónimo de dominio. En consecuencia, el autocontrol se define como la capacidad consciente de regular voluntariamente los impulsos, con el objeto de alcanzar un equilibrio personal y relacional en el manejo de las emociones y la regulación del comportamiento. (Arellanez, Beverido, De San Jorge-Cárdenas, Ortiz-León, & Salas-García, 2018)

Para fundamentar la toma de decisión en programas preventivos (de lo cual también toma en cuenta la propuesta), se pretende que:

“...La correcta identificación de los factores de riesgo y de protección permita determinar el camino a seguir en la toma de decisiones relacionadas a procesos o programas preventivos, dado que la revisión de los diversos programas de prevención exitosos en cada uno de los tipos de conductas de riesgo, llevará a definir denominadores comunes, tales como la atención individualizada e intensiva; programas colaborativos comunitarios; prevención primaria; énfasis en los sistemas escolares; provisión de programas comunitarios para los adolescentes fuera del sector formal de educación; necesidad de capacitación de los profesionales; entrenamiento en habilidades sociales; incorporación de los pares y de la familia en la prevención y una estrecha conexión con el mundo laboral. (Páramo, 2011)

El enfoque general de la propuesta está inmerso en la perspectiva de los derechos humanos, la cual implica guiar acción e intervención de la misma, apegado a la universalidad, la igualdad y la no discriminación, de donde se derivan acciones preferenciales hacia los grupos vulnerables o excluidos de la sociedad.

Algunos principios de este enfoque son:

- La materialización real de los derechos,
- la especial atención a grupos marginados o vulnerables (en donde encaja el perfil de los participantes de la propuesta),
- la interdependencia e integralidad de todos los derechos,
- la participación activa de los titulares de derechos y
- la rendición cuentas de los titulares de deberes. (Comisión Presidencial Coordinadora de la Política del Ejecutivo en Materia de Derechos Humanos (COPREDEH), 2019)

En cuanto a la fundamentación teórica específica para el enfoque terapéutico, tanto de las sesiones de terapia individual como grupal, a realizarse en el proyecto, estará inmersa en los aportes teóricos latinoamericanos, integrativos, mencionados por Colli, M. en su documento denominado *“Psicoterapia integrada de grupo en el campo de las adicciones: modelo de abordaje ambulatorio desde la psicoterapia integrativa”*, en el cual afirma que:

“...Los diferentes modelos de Psicoterapia Integrada presentados en la obra ‘‘La Integración en Psicoterapia. Manual Práctico’’ (2004), de Héctor Fernández-Alvarez, el destacado profesor argentino, de gran experiencia, que hace con Roberto Opazo, del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa, una compilación sobre Psicoterapia Integrada, el cual representa un ejemplo en Latinoamérica, porque expone el desarrollo y la evolución de los diferentes paradigmas integrados en Latinoamérica, y además de que intervienen en el mismo autoridades de Psicoterapia Integrada como Norcross, Beutler, Castonguay (Estados Unidos), y Andrés Consoli (Estados Unidos).

Debe decirse que es un enfoque muy completo, con una orientación general muy cognitivo-conductual, pero que tiene en cuenta también aspectos psicodinámicos, en el Subsistema Inconsciente, trabajan con un subsistema cognitivo, donde se

priorizan las técnicas cognitivas de Beck y de Ellis, como la Confrontación, que reconozco debe ser básica y utilizada oficialmente por todos los terapeutas de adictos. Tiene en cuenta la dimensión espiritual, la cual a veces es muy olvidada por los terapeutas que trabajan en Alcoholismo y Adicciones. Hay un énfasis en la terapia grupal, ellos se suman a que la terapia grupal es más efectiva que la individual, por la tendencia de mentir y manipular del adicto. (Colli Alonso, 2018)

Entre los aportes específicos que el Modelo de Opazo ofrece a la presente propuesta está la delimitación terapéutica por sectores, o lo que el autor denomina como “Subsistemas”, en donde toman especial relevancia:

El Subsistema Cognitivo, que implica:

- *Resolución de conflictos.*
- *Transacciones.*
- *Identificación y renovación de mandatos.*
- *Creencias.*
- *Pensamientos irracionales.*
- *Técnicas Psico-Educativas.*
- *Confrontación gestáltica.*

Además del Subsistema Afectivo (Primera Parte), que considera:

- *Asertividad.*
- *Habilidades sociales.*
- *Superación de fases y etapas.*
- *Uso de reforzadores.*
- *Extinción de conductas.*
- *Role playing.*

- *Confrontación (Terapia Racional Emotiva; Terapia Exist., Terapia de Realidad).*

Se considera, entonces, a continuación, el Subsistema Afectivo (Segunda Parte):

- *Reorganización.*
- *Reestructuración.*
- *Auto-valencia.*
- *Autoconocimiento.*
- *Funcionalidad.*
- *Reinserción social.*

Y finalmente, pero no por eso con menor énfasis, el Subsistema Inconsciente:

- *Historia de mi vida.*
- *Introspección.*
- *Línea del tiempo (Terapia espiritual).* (Colli Alonso, 2018)

Otra de las fuentes de información, basada en evidencia empírica que servirá de modelo para la presente propuesta es el denominado “Modelo Matrix”:

“...El Modelo Matrix (MM) es uno de estos modelos empíricos transferibles a diferentes contextos, que tiene un bagaje de más de 25 años de investigación y que comienza en Estados Unidos para cubrir la demanda de la epidemia de consumo de cocaína a mediados de los 80.

MM aparece como una opción viable y económica para invertir en su implementación/adaptación a la situación latinoamericana, por diferentes características; entre ellas porque ha sido originalmente diseñado para el tratamiento de adictos a la cocaína y generalizado posteriormente a diferentes drogas, no necesariamente estimulantes, como el alcohol y el cannabis.

Otra característica de importancia es que ha sido utilizado con poblaciones muy heterogéneas en Estados Unidos (nativos americanos, adolescentes, comunidad gay, etc.) y en otros países.

Entre los continentes y países que han recibido formación en el modelo está América (Canadá y Brasil), Europa (Irlanda, Finlandia, Portugal, España y Holanda), África (Sudáfrica), Medio Oriente (Líbano), Asia (Corea, Japón, Taiwán, Vietnam y Tailandia), Guam, Las Islas Vírgenes y Australia. (Zarza, y otros, 2013)

Además, lleva en funcionamiento y rediseño casi tres décadas y la multitud de publicaciones de estudios de diversa índole (evaluaciones, estudios experimentales, estudios de seguimiento, etc.) son indicadores de que puede tratarse de un modelo transferible también a Guatemala.

También se retoman los aportes fundamentales del modelo de prevención de la recaída, basado en el modelo teórico de Marlatt y Gordon (1980, 1985) y está diseñado tanto para aquellos usuarios que ya han logrado la abstinencia y desean mantenerla; así como para los usuarios que siguen consumiendo y quieren dejar de hacerlo.

Marlatt (1993) define la situación de alto riesgo como *cualquier situación que representa una amenaza para la sensación de control del individuo y aumenta el riesgo de recaída. Se considera que la conducta pasada es el mejor predictor de la*

conducta futura, esperando que las situaciones (externas e internas) que han precipitado una recaída en el pasado, provoquen tentaciones de consumo en el futuro.

En este modelo se ve a la recaída como un proceso que toma lugar a través del tiempo en lugar de un evento aislado. Existen varias situaciones de alto riesgo que pueden alertar a la gente de problemas potenciales, el objetivo es reconocer estas situaciones y aplicar una combinación de acciones para evitar que el hábito y el aprendizaje de consumo dominen y dirijan al individuo en su elección hacia el consumo.

Estas situaciones de riesgo se categorizan en ocho áreas:

- 1) Emociones desagradables*
- 2) Malestar físico*
- 3) Emociones agradables*
- 4) Probando autocontrol*
- 5) Urgencia y tentación*
- 6) Conflicto con otros*
- 7) Presión social para el consumo*
- 8) Tiempo placentero con otros (Annis, Turner & Sklar, 1997).
(Barragán, Flores, Ramírez, & & Ramírez, 2008)*

6.7 Matriz del proyecto.

Fin del proyecto:

Implementar un programa de abordaje terapéutico para mantener la abstinencia y prevenir la recaída en abuso de alcohol; además de fomentar la psico-educación preventiva en las respectivas familias de adultos guatemaltecos asistentes al Centro Integral de Tratamiento Ambulatorio en Adicciones, del Departamento de Práctica Psicológica de la Escuela de Ciencias Psicológicas.

Resumen Narrativo de Objetivos	Indicadores Verificables Objetivamente (IVO)	Medios de Verificación	Supuestos
Objetivo general: Desarrollar intervención en factores de riesgo, predisponentes del consumo de alcohol, en adultos guatemaltecos, para mantener la abstinencia y prevenir la recaída en abuso de alcohol; además de fomentar la psico-educación preventiva en sus respectivas familias.	100% de mantenimiento de la abstinencia, 100% de prevención de la recaída; 100% de Psico-educación preventiva en familiares	Evaluación psicométrica, fichas clínicas, diarios, bitácoras, testimonios, sesiones evaluativas de terapia grupal, informes de evaluación del proyecto, informes de ejecución presupuestaria total	La aplicación de un proyecto que implique abordaje terapéutico, e intervención psicoeducativa, en adultos guatemaltecos -quienes por la influencia de factores de riesgo psicológicos y socio-culturales, abusaron del consumo de alcohol- puede ayudar a mantener la abstinencia y prevenir la recaída en dicho abuso; además de fomentar la

			psico-educación preventiva en sus respectivas familias, gracias al involucramiento institucional, de los pacientes, de sus familias y del equipo de profesionales a cargo del proyecto.
Objetivos específicos: Desarrollar intervención terapéutica sobre factores psicológicos y socio-culturales, en adultos guatemaltecos, para mantener la abstinencia y prevenir la recaída en abuso de alcohol, de dichos participantes. Desarrollar intervención psicoeducativa-preventiva sobre factores psicológicos, y socio-culturales en las familias de los participantes.	Adecuada segmentación de las áreas terapéuticas para ser abordadas en el abordaje con los pacientes. Adecuada segmentación del componente psico-educativo en familiares de los pacientes. 100% de mantenimiento de la abstinencia, 100% de prevención de la recaída; 100% de Psico-educación preventiva en familiares	Evaluaciones periódicas ; evaluación psicométrica final; retroalimentación por parte de los participantes y sus familias; fichas clínicas, diarios, bitácoras, testimonios, sesiones evaluativas de terapia grupal, informes periódicos de evaluación del proyecto, informes parciales de ejecución presupuestaria	La aplicación sistematizada, organizada, segmentada en áreas de intervención específicas, de un proyecto que implique abordaje terapéutico, e intervención psicoeducativa, en adultos guatemaltecos -quienes por la influencia de factores de riesgo psicológicos y socio-culturales (predisponentes o desencadenantes) tomaron la elección del consumo de alcohol- puede ayudar a mantener la abstinencia y prevenir la recaída en el abuso del alcohol; además de fomentar la psico-educación

			preventiva en sus respectivas familias, gracias al involucramiento institucional, de los pacientes, de sus familias y del equipo de profesionales a cargo del proyecto.
<p>Componentes:</p> <p>1. Intervención en factores psicológicos individuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autoconcepto (Autoestima) • Depresión • Autocontrol • Abordaje terapéutico de compulsión y abstinencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer Autoconcepto (Autoestima) • Reducir Depresión • Elevar el Autocontrol • Brindar abordaje terapéutico de compulsión y abstinencia <p>100% de actividades ejecutadas conforme al calendario y planificación inicial.</p>	<p>Evaluación psicométrica con instrumento adaptado;</p> <p>Informes finales de ejecución de proyecto;</p> <p>Informe final de actividades contrastado con el de ejecución presupuestaria.</p>	<p>Las diferentes carencias que los pacientes muestran en determinadas áreas de su emocionalidad y cognición y determinan la elección del consumo de alcohol, y la presencia de trastornos inducidos por el mismo, pueden revertirse al trabajar el abordaje terapéutico y así fomentar auto-control, y la abstinencia.</p>

<p>2. Intervención en factores psico-socioculturales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funcionalidad familiar • Resistencia a la influencia de grupo o de pares 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar integración y funcionalidad familiar 	<p>Evaluación psicométrica con instrumento adaptado; Informes finales de ejecución de proyecto; Informe final de actividades contrastado con el de ejecución presupuestaria.</p>	<p>Las diferentes carencias que los pacientes muestran en determinadas áreas de su inter-relación social y familiar determinan la elección del consumo de alcohol, y la presencia de trastornos inducidos por el mismo, pueden revertirse al trabajar el abordaje terapéutico y así fomentar integración y funcionalidad familiar y resistencia a la presión de grupo y de sus pares, para mantener la abstinencia.</p>
<p>3 Abordaje terapéutico específico para prevención de recaída</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dado el fortalecimiento en el subsistema individual, afectivo y social, se aborda técnicas de fortalecimiento personal para prevenir la recaída y mantener la decisión de la abstinencia en los pacientes 	<p>Auto registros, observaciones terapéuticas, evaluación psicométrica con instrumento adaptado; Informes finales de ejecución de proyecto; Informe final de actividades contrastado con el de ejecución presupuestaria</p>	<p>Las diferentes carencias que los pacientes experimentan y que conllevan un proceso de rompimiento de la abstinencia, se revierten gracias al fortalecimiento en el subsistema individual, afectivo y social, al abordaje de técnicas de fortalecimiento personal para prevenir la recaída y mantener la</p>

			decisión de la abstinencia en los pacientes.
4 Sesiones grupales de refuerzo	Apelando a los factores curativos de grupo, se realizarán sesiones grupales complementarias.	Evaluación por parte del terapeuta y coterapeuta	Los pacientes carecen de herramientas de mediación grupal, y son reacios a compartir en colectividad situaciones que los aquejan, además de poseer desconfianza y rivalidad ante sus pares.
Actividades: <i>Sesiones individuales con pacientes(S.I.), sesiones grupales con pacientes (S.G), sesiones con familiares (S.F.)</i>	Indicadores Verificables Objetivamente (IVO)	Medios de Verificación	Supuestos
1. Intervención en factores psicológicos individuales:			
1.1 Sesión “Admisión y evaluación” (S.I.)	Admisión y evaluación del consumo del usuario, identificando situaciones de riesgo, su nivel de auto-confianza para resistirse al	Entrevista conductual, Instrumento CODEU-2 adaptado por Rodas, J. (2,018) Escala de Dependencia al Alcohol,	El paciente desconoce las consecuencias negativas del consumo, los beneficios de la abstinencia y necesita incrementar la motivación para mantenerla

	consumo y su patrón de consumo. Así como las consecuencias asociadas a este.	(EDA) y/o Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD) Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA) y/o Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD), Cuestionario de Confianza Situacional (CCS), Línea Base Retrospectiva, Escala de Satisfacción de Vida Cotidiana, Carta compromiso, Auto-registro.	
1.2 Sesión “Análisis funcional de la conducta” (S.I.)	Análisis de la conducta de consumo del usuario, identificando sus precipitadores externos e internos, describiendo la conducta de consumo e identificando consecuencias positivas inmediatas y negativas a largo plazo; y elaborar planes de acción para anticipar riesgos y enfrentarlos con conductas alternativas que permitan	Folleto para el usuario de análisis funcional. Formato de Análisis Funcional de la Conducta de Consumo Auto-registro.	El paciente desconoce su conducta de consumo, así como sus precipitadores internos y externos. También desconoce sus niveles de dependencia, situaciones de alto riesgo de consumo, niveles de confianza situacional, patrón de consumo y niveles de satisfacción de vida cotidiana.

	al usuario mantener la abstinencia.		
1.3 Sesión “Emociones desagradables” (S.I.)	El usuario identifica sus situaciones de alto riesgo que involucren emociones desagradables, tales como ansiedad, enojo, tristeza, celos, etc., que identifique los pensamientos precipitadores relacionados con estas emociones, aprenda a realizar la reestructuración cognitiva para modificarlos y lo lleven al cambio de conducta, y desarrolle planes de acción para enfrentarlas.	Folleto de emociones desagradables del usuario Auto-registro.	El paciente desconoce cuáles son las situaciones de alto riesgo que le molestan en el ámbito emocional, y que conllevan pensamientos precipitadores de consumo. Asimismo carece de planes de acción para enfrentar dichas problemáticas.
1.4 Sesión “Probando autocontrol” (S.I.)	El usuario identifica sus situaciones de alto riesgo que involucren querer probar el control sobre la sustancia, que identifique los pensamientos precipitadores relacionados con estas situaciones, aprenda a realizar la reestructuración cognitiva para modificarlos y lo lleven al cambio de conducta, y	Folleto de prueba de autocontrol para el usuario. Auto-registro.	El paciente desconoce las situaciones de alto riesgo que involucren la falsa idea de auto-control sobre la bebida, además de los pensamientos precipitadores implícitos. Asimismo carece de planes de acción para enfrentar dichas problemáticas.

	desarrolle planes de acción para enfrentar estas situaciones de alto riesgo.		
1.5 Sesión “Emociones agradables” (S.I.)	El usuario identifica sus situaciones de alto riesgo que involucran las emociones agradables, identifica los pensamientos precipitadores relacionados a estas emociones, aprende a realizar la reestructuración cognitiva para modificarlos y lo lleven al cambio de conducta, y desarrolla planes de acción para enfrentar estas situaciones de alto riesgo.	Folleto de emociones agradables para el usuario. Auto-registro.	El paciente desconoce las situaciones de alto riesgo que involucran las emociones agradables, además de los pensamientos precipitadores implícitos. Asimismo, carece de planes de acción para enfrentar dichas problemáticas.
1.6 Sesión 1.6.1, 1.6.2, y 1.6.3: “Subsistema Cognitivo” (S.I.)	El trabajo se distribuye en tres sesiones e implica abordaje psicoterapéutico de: <ul style="list-style-type: none"> • Resolución de conflictos. • Transacciones. • Identificación y renovación de mandatos. • Creencias. • Pensamientos irracionales. • Técnicas Psico-Educativas. 	Evaluación por parte del terapeuta. Auto-registro.	Los pacientes carecen de insight, estructura y habilidades psicocognitivas acerca de sus alternativas cognitivas para resolver conflictos relacionados con la emocionalidad que determina su consumo desmedido de alcohol. Los pacientes no han participado de algún proceso psicoterapéutico.

	<ul style="list-style-type: none"> • Confrontación gestáltica. 		
1.7 Sesión 1.7.1, 1.7.2, y 1.7.3.: “Subsistema Afectivo” (S.I.) Primera parte	<p>El trabajo se distribuye en tres sesiones e implica abordaje psicoterapéutico de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asertividad. • Habilidades sociales. • Superación de fases y etapas (Gordon y Marlatt). • Uso de reforzadores. • Extinción de conductas. • Role playing. • Confrontación (Terapia Racional Emotiva; Terapia Existencial, Terapia de Realidad). 	<p>Evaluación por parte del terapeuta. Auto-registro.</p>	<p>Los pacientes carecen de insight, estructura y habilidades psicocognitivas acerca de sus alternativas para resolver conflictos relacionados con la afectividad que determina su consumo desmedido de alcohol.</p> <p>Los pacientes no han participado de algún proceso psicoterapéutico.</p>
1.8 Sesión 1.8.1., 1.8.2., y 1.8.3.: “Subsistema Afectivo” (S.I.) Segunda parte	<p>El trabajo se distribuye en tres sesiones e implica abordaje psicoterapéutico de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reorganización. • Restructuración. • Auto-valencia. • Autoconocimiento. 	<p>Evaluación por parte del terapeuta. Auto-registro.</p>	<p>Los pacientes carecen de insight, estructura y habilidades psicocognitivas acerca de sus alternativas para resolver conflictos relacionados con la afectividad que determina su consumo desmedido de alcohol.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionalidad. • Reinserción social. 		Los pacientes no han participado de algún proceso psicoterapéutico.
1.9 Sesión 1.9.1. y 1.9.2.: “Subsistema Inconsciente” (S.I.)	<p>El trabajo se distribuye en dos sesiones e implica abordaje psicoterapéutico de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia de vida. • Introspección. • Línea del tiempo (Exploración de la espiritualidad) 	<p>Evaluación por parte del terapeuta.</p> <p>Historia de vida escrita.</p> <p>Auto-registro.</p>	<p>Los pacientes carecen de insight, estructura y habilidades psicocognitivas acerca de sus alternativas para resolver conflictos relacionados con la espiritualidad y la introspección.</p> <p>Los pacientes no han participado de algún proceso psicoterapéutico ni practican asiduamente ninguna opción espiritual.</p>
2. Intervención en factores psico-socioculturales			
2.1 Sesión “Momentos agradables con otros” (S.I.)	El usuario identifica sus situaciones de alto riesgo que involucren momentos agradables con otras personas, identifican los pensamientos precipitadores relacionados con estas situaciones, aprenden a realizar la reestructuración cognitiva para modificarlos y lo	<p>Folleto de momentos agradables con otros para el usuario.</p> <p>Auto-registro.</p>	El paciente desconoce las situaciones de alto riesgo que involucren momentos agradables con otras personas, además de los pensamientos precipitadores implícitos.

	lleven al cambio de conducta, y desarrollen planes de acción para enfrentar estas situaciones de alto riesgo.		Asimismo, carece de planes de acción para enfrentar dichas problemáticas.
2.2 Sesión “Alcohol y recuperación” (S.F.)	<p>Los participantes obtienen información objetiva sobre el alcohol.</p> <p>Los participantes obtienen información sobre el riesgo que supone el alcohol para la recuperación.</p> <p>Los participantes obtienen la oportunidad de hablar sobre sus experiencias (o las experiencias de su familiar) con el alcohol y la recuperación.</p>	Cuadernillo: - EF 2—Hoja de datos: Alcohol	<p>Los participantes desconocen información objetiva sobre el alcohol.</p> <p>Además, no comprenden los riesgos que representa el alcohol para la recuperación de sus familiares.</p> <p>Los participantes no tienen espacio para comunicar sus experiencias, por lo general traumáticas sobre el alcohol, a terceros.</p>
2.3 Sesión “Familias en recuperación” (S.F.)	<p>Los familiares entienden mejor el consumo de sustancias y la recuperación.</p> <p>Los familiares aprenden cómo apoyar la recuperación.</p>	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EF 8A— Anticipar y prevenir la recaída • EF 8B— Justificaciones de la recaída • EF 8C— Evitar la deriva a la recaída 	Los familiares desconocen el consumo de sustancias y la recuperación

2.4 Sesión “Recuperación. Historias de éxito” (S.F.)	<p>Proporcionar una oportunidad a los participantes de escuchar relatos de éxito en la recuperación.</p> <p>Proporcionar una oportunidad a los participantes de hacer preguntas sobre las personas en recuperación.</p> <p>Proporcionar información importante sobre el proceso de recuperación de manera personal, forma que implica a los participantes.</p>	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EF 3A—Guía para los Participantes Expertos Graduados • EF 3B—Guía para los Participantes Expertos Familiares • EF 3C—Guía para los Participantes Expertos Recuperados 	<p>Los participantes creen que no hay recuperación detrás del alcoholismo.</p> <p>Portan grandes cargas de desesperanza y falta de confianza en su familiar y en el entorno.</p> <p>Los participantes no conocen personas recuperadas del alcoholismo.</p>
3. Abordaje terapéutico específico para prevención de recaída			
3.1 Sesión “Muestra de abstinencia” (S.I.)	<p>El usuario adquiere un compromiso para mantenerse abstinente por un periodo de tiempo acordado, que al concluir deberá aumentarse hasta alcanzar el mantenimiento, desarrollando planes de acción útiles para lograrlo.</p>	<p>Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA) y/o Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD), Auto-registro.</p>	<p>El paciente carece de un marco de análisis para lograr compromisos de abstinencia por periodos determinados de tiempo.</p>

3.2 Sesión “Necesidad física y tentación de consumo” (S.I.)	<p>El usuario identifica sus situaciones de alto riesgo que involucren la necesidad física y la tentación de consumo de la sustancia, que identifique los pensamientos precipitadores relacionados con estas situaciones, aprenda a realizar la reestructuración cognitiva para modificarlos y lo lleven al cambio de conducta, y desarrolle planes de acción para enfrentar estas situaciones de alto riesgo.</p>	<p>Folleto de necesidad y tentación de consumo para el usuario. Auto-registro.</p>	<p>El paciente desconoce las situaciones de alto riesgo que involucren la necesidad física y la tentación de consumo de la bebida, además de los pensamientos precipitadores implícitos.</p> <p>Asimismo, carece de planes de acción para enfrentar dichas problemáticas.</p>
3.3 Sesión “Malestar físico” (S.I.)	<p>El usuario identifica sus situaciones de alto riesgo que involucren el malestar físico, dolor o insomnio; identifica los pensamientos precipitadores relacionados a estas emociones, aprende a realizar la reestructuración cognitiva para modificarlos y lo lleven al cambio de conducta, y desarrolla planes</p>	<p>Folleto de malestar físico para el usuario. Auto-registro.</p>	<p>El paciente desconoce las situaciones de alto riesgo que involucren malestar físico, dolor o insomnio, además de los pensamientos precipitadores implícitos.</p> <p>Asimismo, carece de planes de acción para enfrentar dichas problemáticas.</p>

	de acción para enfrentar estas situaciones de alto riesgo.		
3.4 Sesión “Disparadores y deseos de consumo” (S.F.)	<p>Los participantes entienden la relación entre placer y sistema de recompensa cerebral y adicción.</p> <p>Los participantes identifican el proceso de adicción.</p> <p>Los participantes comprenden el desarrollo y progreso del deseo (craving).</p> <p>Los participantes entienden la relación entre disparadores y deseo.</p> <p>Los participantes desarrollan formas de manejar los disparadores y el deseo.</p>	<p>Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> • EF 1A—Una definición de Adicción: American Society of Addiction Medicine • EF 1B—Parada de pensamiento 	Los participantes desconocen por completo los mecanismos biológicos de la adicción, los disparadores, el craving y tienen un enfoque punitivo hacia la persona que consume
3.5 Sesión “Afrontar la posibilidad de una recaída”. (S.F.) Sesión multifamiliar (pacientes + familia)	<p>Los participantes exploran sus sentimientos y miedos sobre la recaída.</p> <p>Los pacientes y sus familiares entienden mejor los miedos y necesidades de unos y otros.</p>	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EF 6A— Afrontar la posibilidad de recaída: para la persona en recuperación • EF 6B— Afrontar la posibilidad de recaída: para los familiares de la persona en recuperación 	<p>Tanto los pacientes como sus familiares no han contemplado la posibilidad de una recaída.</p> <p>Desconocen sus miedos propios y familiares al respecto, y no tienen un panorama claro del quehacer en una situación de recaída</p>

	Los participantes comparten sus ideas sobre cómo afrontar la recaída.	<ul style="list-style-type: none"> EF 6C— Familiares y recuperación 	
3.6 Sesión “Mapa de la recuperación”. (S.F.)	<p>Los participantes entienden, mediante la descripción de un modelo de recuperación de cuatro fases, qué puede deparar la recuperación de los usuarios.</p> <p>Los participantes reconocen las características de cada fase de la recuperación.</p> <p>Los participantes reconocen los riesgos de recaída particulares que los que los usuarios pueden encontrarse en cada fase de recuperación.</p> <p>Los participantes conocen sobre disparadores del deseo (craving) y la forma en que, la familia y los usuarios pueden evitarlos o afrontarlos.</p>	<p>Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> EF 5A— Programa horario diario EF 5B— Justificaciones de la recaída 	Los participantes desconocen el proceso de recuperación, su estructuración en cuatro fases, ni los riesgos de recaídas, así como las estrategias de afrontamiento del craving y los disparadores del deseo.
4. Sesiones de grupo			
4.1 Sesión grupal # 1 (S.G)			

	El grupo completo de usuarios, gracias a la mediación del mismo grupo, terapeuta y coterapeuta, identifican sus situaciones de alto riesgo que involucren los 5 aspectos anteriormente abordados, asimismo identifican y refuerzan sus controles ante los pensamientos precipitadores relacionados con estas situaciones, y aprenden y refuerzan a realizar la reestructuración cognitiva para modificarlos y lo lleven al cambio de conducta, y desarrollen planes de acción para enfrentar estas situaciones de alto riesgo.	Evaluación por parte del terapeuta y coterapeuta	Los pacientes carecen de herramientas de mediación grupal, y son reacios a compartir en colectividad situaciones que los aquejan, además de poseer desconfianza y rivalidad ante sus pares.
4.2 Sesión grupal # 2 (S.G)	El grupo completo de usuarios, gracias a la mediación del mismo grupo, terapeuta y coterapeuta, identifican sus situaciones de alto riesgo que involucren los 5 aspectos anteriormente abordados, asimismo identifican y refuerzan sus controles ante	Evaluación por parte del terapeuta y coterapeuta	Los pacientes carecen de herramientas de mediación grupal, y son reacios a compartir en colectividad situaciones que los aquejan, además de poseer desconfianza y rivalidad ante sus pares.

	los pensamientos precipitadores relacionados con estas situaciones, y aprenden y refuerzan a realizar la reestructuración cognitiva para modificarlos y lo lleven al cambio de conducta, y desarrollen planes de acción para enfrentar estas situaciones de alto riesgo.		
4.3 Sesiones de seguimiento periódicas (semestrales, 2 al año) (18.1 y 18.2)	Evaluar el cambio en el patrón de consumo del usuario, nivel de autoeficacia para resistirse al consumo de sustancias, nivel de dependencia, situaciones de riesgo y satisfacción de vida cotidiana, así como su emocionalidad, afectividad, cognición y espiritualidad, en general.	Entrevista conductual, Escala de Dependencia al Alcohol, (EDA) y/o Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD) Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA) y/o Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD), Cuestionario de Confianza Situacional (CCS), Línea Base Retrospectiva, Escala de Satisfacción de Vida Cotidiana, Auto-registro. Instrumento CODEU-2 adaptado por Rodas, J. (2,018) (al final del proyecto)	Los pacientes necesitan ser evaluados, sobre el cambio en sus patrones de consumo, nivel de autoeficacia para resistirse al consumo de sustancias, nivel de dependencia, situaciones de riesgo y satisfacción de vida cotidiana, así como su emocionalidad, afectividad, cognición y espiritualidad, en general.

6.8 Presupuesto.

Resultado:	Componente	Rubro	Producto	Costo/ anual/mensual
Abordaje terapéutico e intervención en factores de riesgo (predisponentes o desencadenantes) de la elección del consumo de alcohol, en adultos guatemaltecos, para mantener la abstinencia y prevenir la recaída en el abuso del alcohol; además de fomentar la psico-educación preventiva en sus respectivas familias.	Dividido por áreas específicas de ejecución del proyecto	Renglón específico de intervención	Acción, material, bien o servicio que integrará el proyecto	(En Quetzales)

	1. Gestión previa (Reuniones de gestión ante instituciones para presentar el proyecto y lograr involucramiento institucional)	1.1	Gasolina	Q. 1,000.00 (m)
		1.2	Depreciación vehicular	Q. 750.00 (m)
		1.3	Parqueo	Q. 500.00 (m)
		1.4	Conectividad/telecomunicaciones	Q. 1,000.00 (m)
				Subtotal por componente: Q. 3,250.00 (m) x 2 meses Q. 6,500.00 (total)
	2. Recursos materiales para la realización del proyecto:	2.1	Mobiliario, insumos y equipo de oficina	Q.10,000.00 (a)
		2.2	Equipo de cómputo, equipo de proyección, equipo de audio, equipo de comunicación (cámara de video, fotográfica, grabadoras de audio digital, apuntador, controles remotos varios, baterías de respaldo).	Q.100,000.00 (a)
		2.3	Conectividad, soporte web, diseño html	Q.50,000.00 (a)
		2.4	Material de apoyo (gráfico, impreso) para los participantes del proyecto y sus familiares.	Q.50,000.00 (a)

		2.5	Catering o alimentación para los participantes del proyecto y sus familiares.	Q.25,000.00 (a)
		2.6	Catering o alimentación para el personal de apoyo	Q. 25,000.00 (a)
		2.7	Alquiler de vehículos para traslado de personal, y/o para los integrantes del proyecto y sus familias. (o en su defecto una adjudicación económica mensual por participante y familiar para transporte público, o taxi)	Q. 25,000.00 (a)
				Subtotal por componente:
				Q. 285,000.00 (a)
	3. Recurso humano	3.1	Maestrando (Profesional a cargo del proyecto).	Q.85,000.00 (a) (12 meses plazo)
		3.2	Contratación de equipo de trabajo/apoyo al profesional encargado del proyecto (3 personas)	
		3.2.1	• Terapeuta 2	Q.40,000.00 (10 m)
		3.2.2	• Coterapeuta	Q.35,000.00 (10 m)
		3.2.3	• Secretario/a (Encargado/a de logística)	Q.35,000.00 (10 m)

				Subtotal por componente: Q. 195,000.00
				Total, por proyecto: Q. 486,500.00

6.9 Cronograma.

[illegible]

9. Sesiones de seguimiento periódicas (semestrales, 2 al año														
10. Presentación de informes de ejecución a instituciones financieras														
11. Evaluación del proyecto (participantes y equipo de trabajo)														
12. Recopilación de datos, tabulación y elaboración de informes de resultados														
13. Presentación de resultados														
14. Al obtener la renovación del proyecto, reinicio de actividades														

6.10 Evaluación del proyecto.

Evaluación	1er momento	2do. momento	Temporalidad
Inicial	<p>La gestión inicial permite que el proyecto arranque sin complicación.</p> <p>La pronta y efectiva conformación, e inducción del equipo de trabajo permite la elaboración de materiales, convocatoria de participantes, elaboración del perfil psicométrico y organización inicial óptima.</p>	<p>La retro-alimentación recibida por los participantes, el equipo de trabajo, los observadores institucionales y otros actores nos permite la readecuación de procesos no optimizados.</p> <p>Asimismo el análisis de la calidad de ejecución presupuestaria incrementa la factibilidad de éxito del proyecto</p>	<p>1er. Momento Julio 2,020</p> <p>2do. Momento Noviembre y Diciembre 2,020</p>
Proceso	<p>La deserción de los participantes es mínima o nula.</p> <p>La conformación de los grupos de trabajo permite homogenizar el abordaje terapéutico, respetando las diferencias individuales.</p> <p>Se diseña y se cumple el plan de trabajo terapéutico basado en un modelo integrativo</p>	<p>Se presenta flexibilidad y habilidad por parte de terapeutas y coterapeutas para abordar las posibles fricciones que pudiesen surgir entre familiares y participantes.</p> <p>Se adaptan los contenidos o se median los mismos, después de la evaluación en el caso que los participantes</p>	<p>Ambos momentos: Febrero- Noviembre 2,020</p>

		refieran que no son accesibles a su comprensión o si se les dificulta abordar cuestiones en especial	
Final	<p>El diseño del abordaje terapéutico genera filiación en los participantes, avances terapéuticos, cohesión grupal, factores curativos de grupo, así como el inicio de una nueva forma de interrelación familiar.</p> <p>El equipo de trabajo es capaz de presentar de forma organizada los informes de avances necesarios, después de realizar la primera evaluación</p>	<p>Los objetivos específicos de intervención se logran en un porcentaje muy elevado.</p> <p>Mantenimiento de la abstinencia y prevención de la recaída, así como mejoras significativas en el funcionamiento familiar y en la cognición y emocionalidad de los participantes y sus familias.</p> <p>Referencia de otros pacientes y sus respectivas familias para futuras ediciones del proyecto</p>	<p>1er. Momento Julio 2,020</p> <p>2do. Momento Noviembre y Diciembre 2,020, además de Enero 2,021</p>

Referencias:

- UNODC. Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2017). *Informe Mundial sobre las Drogas 2017*, Resumen, conclusiones y consecuencias en materias de políticas. Viena, Austria.
- APA. Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, Virginia, Estados Unidos de América: American Psychiatric Publishing.
- Arellanez, J., Beverido, P., De San Jorge-Cárdenas, X., Ortiz-León, C., & Salas-García, B. (Enero de 2018). *Breve manual de calificación de las escalas incluidas en el diagnóstico PERCIBETE 2*. Manual de calificaciones de instrumento. Segundo diagnóstico de percepción, riesgo y consumo en estudiantes, Universidad Veracruzana, Red Veracruzana de Investigación en Adicciones, Xalapa.
- Arellanez, J., Beverido, P., De San Jorge-Cárdenas, X., Ortiz-León, C., & Salas-García, B. (2016). *Universidad Veracruzana. UV-Intercultural*. (U. Veracruzana, Ed.) Recuperado el 30 de 05 de 2018, de <https://www.uv.mx/uvi/general/percibete-2-diagnostico-de-percepcion-riesgo-y-consumo-de-drogas-en-estudiantes-de-la-uv/>
- Barragán, L., Flores, M., Ramírez, A., & Ramírez, C. (2008). *Manual del Programa de Prevención de Recaídas*. CONADIC. Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones, Secretaría Técnica del Consejo Nacional contra las Adicciones. Mexico: Secretaría de Salud. Recuperado el 27 de 05 de 2019, de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/334698/Recaidas_2.pdf
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. (M. D. INTERIOR, Ed.) Madrid, España: Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado.
- Becoña, E., & Cortés, M. (2010). *Manual de Adicciones para Psicólogos especialistas en Psicología Clínica, en formación*. (D. d. Socidrogalcohol, Ed.) Valencia, España: Martín Impresores, S.L.
- Camacho, H., Cámara, L., & Cascante, R. &. (2001). *El Enfoque del marco lógico: 10 casos prácticos. Cuaderno para la identificación y diseño de proyectos de desarrollo*. (F. CIDEAL, Ed.) Madrid, España: Acciones de Desarrollo y Cooperación CIDEAL.

- Caravaca, J. A., Noh, S., Hamilton, H., Brands, B., Gastaldo, D., & Miotto Wreight, M. d. (2015). Factores socioculturales y consumo de drogas entre estudiantes universitarios costarricenses. (U. F. Brasil., Ed.) *Texto & Contexto Enfermagem*, 24, 145-153.
- Centro de Documentación de Drogodependencias del País Vasco (CDD). (21 de 05 de 2018). *Drogomedia*. Recuperado el 21 de 05 de 2018, de Drogomedia: <https://www.drogomedia.com/es/glosario/0-todos/>
- Cóbar, M. D. (2009). *Encuesta Nacional de Salud Mental: Descripción epidemiológica de trastornos de salud mental en hombres y mujeres de 18 a 65 años de edad realizada en la República de Guatemala*. Tesis de Graduación (Inédita), Universidad de San carlos, Facultad de Ciencias Médicas.
- Colli, M. (2018). Psicoterapia integrada de grupo en el campo de las adicciones: Modelo de abordaje ambulatorio integrativo. *Avances en Salud Mental Relacional*, 17(1), 23. Recuperado el 16 de 05 de 2019 en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6597229>
- Comisión Presidencial Coordinadora de la Política del Ejecutivo en Materia de Derechos Humanos (COPREDEH). (2019). *Manual para la Transversalización del Enfoque de Derechos Humanos con Equidad*. Manual de trasnversalización, COPREDEH, Departamento de educación y cultura de paz, Guatemala. Recuperado el 27 de 05 de 2019, de [Http://www.copredeh.gob.gt/wp-content/.../MANUAL-TRANSVERSALIZACION-DDHH-1.pdf](http://www.copredeh.gob.gt/wp-content/.../MANUAL-TRANSVERSALIZACION-DDHH-1.pdf)
- Fraire, R. (2013). *Grupos de autoayuda. Una cultura de espacios sociales de sostén para el trabajo grupal y la ayuda mutua*. Informe de Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales, Universidad Autónoma Metropolitana, División de Ciencias Sociales y Humanidades, Ciudad de México.
- García, V., Rodríguez, S., & Córdova, A. &. (2016). Diagnóstico macrosocial de riesgo del consumo de drogas en México. (F. d. UNAM, Ed.) *Acta de Investigación Psicológica*(6), 2516-2526.
- Garcia, M., Vargas, L., & Edwards, M. (28 de 05 de 2018). *Digital.CSIC*. (C. S. Científicas, Ed.) Recuperado el 28 de 05 de 2018, de <https://digital.csic.es/>
- Hernández, R., Fernández, C., & y Baptista, P. (2014,). *Metodología de la Investigación* (6 ed.). Ciudad de Mexico (CDMX), Estado de Mexico, Mexico: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.

- Lorca, S., Carrera, X., & Casanovas, M. (julio de 2016). Análisis de herramientas gratuitas para el diseño de cuestionarios on-line. (U. d. Sevilla, Ed.) *Pixel-Bit. Revista de Medios y Educación*(49), 91-104.
- Martínez , J. M. (2006). *Factores de riesgo y protección ante el consumo de drogas y representaciones sociales sobre el uso de éstas en adolescentes y adultos jóvenes*. Universidad de Granada, Departamento de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Universidad de Granada.
- Molero, M., Pérez, M., & Gázquez, J. &.-M. (Abril-Junio de 2017;24(2)). Análisis y perfiles del consumo de drogas en adolescentes: percepción del apoyo familiar y valoración de consecuencias. *Atención Familiar*, 2(24), 56-61.
- NIDA. National Institute on Drug Abuse. (2010). *Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones*. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion-una-guia-basada-en-las-investigaciones> (2 ed.). (D. d. EE.UU., Ed.) Estados Unidos de Norteamérica.
- OEA Organizaciòn de Estados Americanos. (2011). Drogas y salud pública. En J. M. Insulza, *El problema de las drogas en América: Estudios* (pág. 84).
- OPS. Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Informe sobre la situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas*. Enfermedades no transmisibles y salud mental, Washington, D.C.
- OPS. Organización Panamericana de la Salud. OMS Organizaciòn Mundial de la Salud. (14 de 01 de 201). El alcohol es responsable de al menos 80.000 muertes al año en las Américas. *Comunicado de Prensa, Boletines descargables*, 2. Washington, D.C., EUA.
- Páramo, M. d. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Revista TERAPIA PSICOLÓGICA*, 29(1), 85-95.
- Pons, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. (U. A. Iztapalapa, Ed.) *Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial*, 4(2), 157-186.
- Salazar, I., Varela, M., Tova , J. , & Cáceres, D. (Noviembre de 2006). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en jóvenes universitarios. (U. C. Colombia, Ed.) *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2), 19-30.

- Secades, R., Carballo, J., Fernández, J., García, O., & García, E. (2005). *FRIDA: factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en adolescentes* (Publicaciones de Psicología Aplicada ed.). Madrid, España: TEA Editores.
- SECCATID/Universidad Galileo/Embajada de EUA en Guatemala. (07 de 2017). Recuperado el 27 de Abril de 2018, de <http://www.galileo.edu/noticias/universidad-galileo-presenta-encuesta-nacional-de-adicciones-2014/>
- Soriano, A. (Julio-Diciembre de 2014). Diseño y validación de instrumentos de medición. (I. d. Pedagógica, Ed.) *Diálogos* 14(13), 19-40.
- Universidad de Costa Rica. (2014). Cuadernos Metodológicos. *Compendio de Instrumentos de Medición IIP-2014*, 315. (F. d. Sociales, Ed., & V. Smith-Castro, Recopilador) Costa Rica: Instituto de Investigaciones Psicológicas .
- Valdez, E., & Barrientos, N. (2016). *Consideraciones Psicosociales para la prevención de la drogadicción*. Informe de Tesis de Licenciatura, Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas. Centro de Investigaciones en Psicología - CIEPs-.
- Vicepresidencia de la República. SECCATID. (29 de 05 de 2018). *SECCATID*. Recuperado el 29 de 05 de 2018, de SECCATID: http://www.seccatid.gob.gt/index.php?option=com_content&view=article&id=126&Itemid=1194
- Vicepresidencia de la República. SECCATID. (08 de Mayo de 2018). *SECCATID*. Recuperado el 08 de Mayo de 2018, de http://www.seccatid.gob.gt/images/informacion_publica/Politica%20Nacional%20Contralas%20Adicciones%20y%20el%20Tráfico%20Ilcito%20de%20Drogas%202009.pdf
- Vivo, S., Sarič, D., Muñoz, R., McCoy, S., López-Peña, P., & Bautista-Arredondo, S. (2013). *Guía para medir comportamientos de riesgo en jóvenes*. Monografía del BID; 173, Banco Interamericano de Desarrollo, División de Protección Social y Salud.
- Zarza, M., Obert, J., Rawson, R., Palau, C., Perelló, M., Sánchez, A., & Cortell, C. (2011). Tratamiento psicosocial Matrix para la adicción a cocaína: componentes de un tratamiento efectivo. (A. E. Drogodependencias, Ed.) *Revista Española de Drogodependencias*, 36(1), 27-48. Recuperado el 15 de 05 de 2019

Zarza, M., Martí, J., Botella, A., Vidal, A., Ribeiro, B., & Bisetto, D. (2013). *Modelo Matrix: Manual del terapeuta: sesiones educativas para familias*. (F. p. Murcia, Ed.) Murcia, ESpaña. Recuperado el 27 de 05 de 2019

Links:

Adaptación del instrumento: CODEU 2 Consumo de Drogas en Estudiantes Universitarios

Arellanez, J. L., Beverido P., DeSan Jorge-Cárdenas, X., Ortiz-León, C. y Salas-García, B. (2016).

Adaptación realizada por:

Rodas, J. (2,019)

Cuestionario de “factores de riesgo o desencadenantes” de la elección del consumo de alcohol, marihuana y cocaína, en adultos guatemaltecos.

https://docs.google.com/forms/d/1A6DD1FmSkgzRMjWmPAbFfe7y8_gfSxJvFTf6OuHdcts/edit?chromeless=1&edit_requested=true#responses

Glosario del (Centro de Documentación de Drogodependencias del País Vasco (CDD, 2018)

<https://www.drogomedia.com/es/glosario/0-todos/>